Rok XLIII. Kraków 3 Września 1904. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał

Dr. T. Piotrowski,

asystent oddziału.

Wiadomo, że jajko zapłodnione dostaje się pod błonę śluzową tak macicy, jak i trąbki, gdzie dopiero dalej się rozwija. Dlaczego raz usadawia się w macicy, drugi raz w trąbce, na razie na pewno rozstrzygnąć nie możemy, bo etyologia ciąży pozamacicznej nie jest jeszcze całkowicie wyświetlona. Jako przyczyny powstawania ciąży pozamacicznej podawano przeszkody w drożności trąbki, n. p. zaciągnięcie przez zrosty otrzewnej, ucisk guzami sąsiedztwa, polipy w samej trąbce, uchyłki w ścianie trąbki, dalej upośledzenie kurczliwości trąbki, bądź to z przyczyn poprzednich, bądź też skutkiem znacznego zgrubienia ścian po przebytych sprawach zapalnych, a nadto zmian w samym nabłonku, wyścielającym wnętrze trąbki. Dawni autorowie dopatrywali się przyczyny w nieprawidłowem spółkowaniu, n. p. w gwałtownem bardzo spółkowaniu, przestrachu i t. p. Obecnie większość autorów przyczyny ciąży trąbkowej dopatruje się w zmianach, powstałych w trąbkach, głównie zaś w błonie śluzowej trąbki, wywołanych przez zakażenie rzeżączkowe. Czynnikiem usposabiającym do ciąży trąbkowej mają być także zmiany w samej macicy, n. p. według Kristinusa zanik macicy podczas karmienia.

Nie znając przyczyny, nie możemy działać zapobiegawczo, — musimy się więc z tem pogodzić, t. j. omawiać przypadki już istniejącej ciąży pozamacicznej, zastanowić się nad szkodliwością takiej ciąży i nad sposobem jej leczenia.

W ostatnich latach co do istniejącej już ciąży pozamacicznej wyłoniły się głównie dwa zapatrywania. Jedni, jak Krönig, Füth, Aschoff, Kühne, Falk, stawiają na równi ciążę pozamaciczną z nowotworem złośliwym, twierdząc, że nietylko przy utrzymanem jaju rozwijające się kosmki niszczą trąbkę wraz z otrzewną, ale nawet po obumarciu lub wydaleniu jaja, pozostałe kosmki zniszczenie dalej sprawiać mogą. Zapatrywania te potwierdzają badania Ulesko-Stroganowej i Novygo, które dowiodły, że w miejscu, gdzie przylega jaje płodowe do ścian trąbki, buja nabłonek płodowy, w innem zaś miejscu zanika, komórki podobne do komórek doczesnej, wnikając w ścianę trąbki, rozluźniają mięśnie i nadżerają naczynia.

Drudzy, a na ich czele Kroemer, przypuszczają, że kosmki nie posiadają tej zdolności proliferacyjne, że nie rozwijają się kosztem ściany trąbki, lecz że ściana trąbki, z natury za cienka, aby mogła służyć za podłoże rozwijającego się jaja, ulega przez rozrastające się naczynia takiemu ścieńczeniu, że dobrowolnie pęka.

Stosownie do zapatrywania się na ciążę pozamaciczną, rozmaite są i sposoby postępowania; zwolennicy pierwszego zapatrywania, t. j. uważający ciążę zamaciczną za równorzędną z nowotworem, radzą wykonywać operacyę w każdym przypadku rozpoznanej ciąży pozamacicznej. Hołdujący przeciwnemu zapatrywaniu postępują raczej wyczekująco, żądając do operacyi innych jeszcze wskazań prócz samego rozpoznania ciąży pozamacicznej. Na podstawie pojedynczych niezależnie od siebie dokonanych spostrzeżeń może łatwiej wyświetloną będzie sprawa ciąży pozamacicznej i wyrobią się pewne stałe wskazania. W tej nadziei, aby choć w części przyczynić się do tego łańcucha wspólnej pracy, przytaczamy przez nas w ostatnich latach operowane przypadki.

Dla łatwiejszego przeglądu dzielimy je na dwie gromady: na takie przypadki, w których trąbka nie uległa przedarciu, i takie, w których trąbka uległa mniejszemu lub większemu rozdarciu, w obu jednak gromadach było wskazanie do operacyi. W gromadzie pierwszej będą się mieścić przypadki, w których jaje zaczyna się dopiero na małej przestrzeni odklejać, czyli jest dopiero poronienie w toku, a mimo to tak znaczny nastąpił krwotok, że natychmiastowa operacya jest wskazaniem życiowem; dalej takie, gdzie krew wylana niszczy jaje, powstaje zaśniad krwawy, albo część jaja rodzi się do jamy brzusznej, t. j. poronienie niezupełne, pozostała zaś część błon w trąbce wywołuje dalej krwawienie; wreszcie takie, gdzie całe jaje rodzi się między trzewa przez otwór brzuszny trąbki, przyczem jednak powstaje tak znaczny krwotok, że operacya natychmiast wykonaną być musi.

Do gromady pierwszej będą należeć następujące przypadki:

1. *Józefa L.*, wieloródka, lat 28. Rodziła raz przed 6-ciu laty; poród i połóg prawidłowy; nigdy nie roniła. W ostatnich latach miała obfite białe upławy. Ostatnia regularność 20 grudnia 1899. 20 stycznia 1900 nagły ból w podbrzuszu po stronie lewej, połączony z utratą przytomności, w dwa tygodnie później nowy napad bolu z dwukrotnem omdleniem; od tego czasu napadowe bole, tylko nieco słabsze, powtarzały się aż do dnia 13 lutego. W dniu tym znowu bardzo silny napad, co chorą wreszcie skłoniło do zasięgnięcia porady lekarskiej. Po każdym napadzie odpływ krwawy z części rodnych. Badanie w dniu przyjęcia stwierdziło objawy ostrej niedokrewności, w sutkach brak zmian, odpowiadających ciąży, wypuklenie brzucha pod pępkiem po stronie lewej, w miejscu tem wypuk przytłumiony i znaczna bolesność. Przedsionek zasiniały, pochwa rozpulchniona; macica powiększona, sięga dnem na trzy palce powyżej spojenia; z macicą pozostaje po stronie lewej w związku guz kiełbasowaty, ku górze się rozszerzający, sięgający końcem na palec poniżej pępka; w głębi poza tym guzem znajduje się guz drugi o kształtach więcej rozlanych, zbitości niejednakowej; końce tego guza można wymacać w zatoce Douglasa. Przy

operacyi w dniu 16 lutego 1900 stwierdzono, że guz, w głębi leżący, był krwistekiem pozamacicznym, otoczonym zlepami jelit; na guzie tym od przodu i góry leżała rozdęta trąbka lewa, 6 ctm. długa, 4 ctm. bliżej końca brzusznego szeroka, niepęknięta. W przeciętej trąbce znajdowało się całe jaje płodowe, tylko od strony prawej oddzielone od ścian trąbki skrzepami krwi.

Wyleczona, 17 marca 1900 opuściła oddział. Obecnie zupełnie zdrowa, regularność prawidłowa, upławy dalej się utrzymują; do obecnej chwili nie zastąpiła.

2. *W. K.*, rodziła raz przed kilku laty; dłuższy czas leczona z powodu upławów i zmian zapalnych w trąbkach. Regularność obfita pojawiała się zawsze w różnych odstępach czasu, w jednym miesiącu w kilka dni po terminie regularności, następnego dnia po gwałtownem spółkowaniu, pojawił się nagle gwałtowny ból w podbrzuszu po stronie prawej. Napadowe bole powtarzały się przez kilka dni w odstępach mniejwięcej półgodzinnych; przez cały czas odpływ krwi płynnej ciemnej ze sromu. Przy badaniu brak zmian w sutkach i objawów ostrej niedokrewności, brzuch po stronie prawej bardzo przy dotyku bolesny i oporny. Badaniem wewnętrznem można stwierdzić powiększenie macicy, opór bolesny w sklepieniu prawem i w zatoce Douglasa. Ponieważ mimo leczenia napadowe bole ciągle się powtarzały i zwiększał się opór po stronie prawej, a zatoka Douglasa coraz bardziej się wypełniała, przystąpiono do operacyi, przy której znaleziono macicę powiększoną, trąbkę prawą grubości blisko trzech palców, otoczoną dookoła licznymi starymi zrostami, trąbkę lewą również rozdętą z zarośniętym otworem brzusznym Wycięta trąbka prawa wypełniona skrzepami krwi, trąbka lewa ropą. w zatoce Douglasa zmiany zapalne. Ze względu na ropę w trąbce lewej i zmiany zapalne w zatoce Douglasa powłok nie zeszyto w całości, tylko wprowadzono poza macicę do zatoki Douglasa seton z gazy jodoformowej.

Wyleczenie; pierwsze miesiączkowanie po operacyi w powstałej bliźnie wytworzyło przetokę włosowatą, przez którą krew miesiączkowa wydostawała się w części na powłoki. Przypadłość ta powtarza się i przy następnych peryodach, zresztą czuje się zupełnie zdrowa.

3. Wieloródka *S. S.*, lat 30, rodziła cztery razy, ostatni poród przed 18-tu miesiącami. Trzy porody zupełnie prawidłowe, w ostatnim było łożysko przyrośnięte. Od kilku lat choruje na upławy, to słabsze, to obfitsze. W czwartym miesiącu ostatniego połogu mimo karmienia pojawiła się regularność i od tego czasu regularnie pojawiała się co cztery tygodnie. W grudniu 1901 nieco obfitsze krwawienie i bole nieznaczne w podbrzuszu, wzmagające się tylko przy oddawaniu moczu i stolca; po kilkunastu dniach bole te zupełnie ustąpiły, krwawienie nieco się zmniejszyło, zupełnie jednak nie ustało i utrzymywało się aż do 23 lutego 1902, a więc przez trzy miesiące. W dniu tym, przyjęta na oddział, skarżyła się na bolesność i wzdęcie brzucha nad pachwiną lewą. W miejscu tem opór, na 3 palce ponad więzadło Pouparta sięgający, przechodzi w niższy opór ponad spojeniem. Część pochwowa tuż za spojeniem łonowem i więcej po stronie prawej, macica powiększona w przodozgięciu, także na prawo przesunięta, sięga dnem trzy palce powyżej spojenia; w prawem sklepieniu trąbka niezmieniona; w sklepieniu lewem, znacznie szerszem, czuć trąbkę, która gubi się w guzie wielkości pięści, leżącym po stronie lewej i zachodzącym aż poza macicę; szczyt guza sięga powyżej dna macicy, koniec dolny do zatoki Douglasa, zbitość guzu niejednakowa, guz przy dotyku niebolesny. Przy operacyi znaleziono trąbkę lewą, gubiącą się końcem brzusznym w guzie otorbionym; otwór brzuszny znacznie rozciągnięty, z otworu zwieszające się jaje płodowe do skrzepów krwi, wypełniających cały guz.

Wyleczenie zupełne; 17 marca 1902 opuściła oddział.

Obecnie regularność prawidłowa, upławy stale się utrzymują w ciążę nie zaszła.

4. Wieloródka *G.*, raz rodziła prawidłowo, raz roniła. Ostatnie poronienie przed czterema laty, potem była zupełnie zdrowa, upławów nie miała. W listopadzie 1901 zaszła w ciążę, w początku jednak ciąży ciągle skarżyła się na ból w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie prawej. W drugim miesiącu ciąży przez kilka dni utrzymywało się nieznaczne krwawienie.

Z końcem trzeciego miesiąca ciąży podczas rozbierania się przed spaniem uczuła nagle bardzo silny ból w podbrzuszu; — pomimo spokojnego leżenia po kilku minutach zjawił się ból po raz drugi. Takie rytmicznie pojawiające się bole utrzymywały się przez kilka godzin, każdemu bolowi towarzyszył skąpy odpływ krwi płynnej ze sromu, dopiero po narkotykach bole nieco się zmniejszyły, pojawiły się jednak objawy ostrej niedokrewności, jak bladość, zawroty głowy, szum w uszach, tętno przyspieszone, nitkowate. Badaniem stwierdzić można było nieznaczne wzdęcie brzucha, płyn wolny w jamie otrzewnej i znaczną bolesność nad pachwiną prawą, przytem zmiany w sutkach i na sromie, odpowiadające ciąży. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę powiększoną, przesuniętą na lewo, w sklepieniu prawem opór miękki, bolesny, łatwo poruszalny, zatoka Douglasa wolna. Rozpoznano więc poronienie trąbkowe z wylaniem się krwi do jamy otrzewnej i dlatego zaraz przystąpiono do operacyi. Przy operacyi znaleziono znaczną ilość krwi płynnej i nieco skrzepłej, trąbkę prawą jednomiernie rozdętą, ale nie pękniętą. Po wycięciu trąbki przekonano się, iż była wewnątrz pusta, jaje płodowe, w całości utrzymane, znaleziono między skrzepami krwi. Po odjęciu trąbki powłoki w całości zaszyto; wyleczenie.

Obecnie zdrowa, do tej chwili w ciążę nie zaszła.

5. Wieloródka *A.*, rodziła prawidłowo trzy razy, ostatni raz przed czterema laty. Przed $1^1/_2$ rokiem miała silne bole nad pachwiną prawą, upławów, jak podaje, nie miała. Ostatnia regularność prawidłowa pojawiła się w styczniu 1903. Dwunastego marca, powracając wieczorem do domu, uczuła silny ból w brzuchu. W domu ból ten wystąpił ponownie daleko silniej i z uczuciem parcia, udała się więc do ustępu, gdzie przyszedł bardzo silny napad bolu; w tym czasie utraciła przytomność. Badanie stwierdziło ostrą niedokrewność, nieznaczne krwawienie ze sromu, wolny płyn w jamie brzusznej, macicę powiększoną, brak oporów w sklepieniach i płynu w zatoce Douglasa. W niespełna trzy godziny później wykonano laparotomię, przy której znaleziono dużą ilość świeżej krwi w jamie otrzewnowej, trąbkę lewą znacznie grubszą, prawą prawie prawidłową. Wycięto więc trąbkę lewą, po której przecięciu okazało się, iż jest ona na końcu brzusznym zarośnięta i wypełniona płynem surowiczym. Oglądając dokładniej trąbkę prawą przekonano się, iż z jej otworu brzusznego wypływa krew jasna, wycięto więc i trąbkę prawą, a na jej przekroju znaleziono liczne rozszerzone i broczące naczynia, brak zaś zupełny jaja. Jaje, w całości utrzymane, znaleziono wśród wolnej krwi, wypełniającej jamę otrzewną. Piątego dnia po operacyi napad ostrego szału, który po zupełnem zagojeniu się powłok utrzymywał się przez kilka miesięcy, w końcu zupełnie ustąpił tak, iż obecnie jest zupełnie zdrowa.

Do drugiej gromady zaliczamy te przypadki, w których powstało pęknięcie trąbki wraz z otrzewną i to albo bardzo tylko nieznaczne, podczas gdy całe jaje nienaruszone znajduje się w trąbce, albo trąbka pęka na znaczniejszej przestrzeni i jaje odklejone przez otwór, w trąbce powstały, mniej lub więcej wystaje do brzucha, albo nawet wypada pomiędzy trzewa. Do tej gromady należą następujące przypadki:

6. Wielorodka *A. O.*, lat 35, rodziła raz prawidłowo przed 7 laty. W ostatnich latach leczona na białe upławy i zmiany zapalne w trąbkach. Ostatnia regularność w grudniu 1900. Czwartego marca 1901 nieznaczny ból w podbrzuszu po stronie prawej i krwawienie z części rodnych, od tej chwili napadowe bole i krwawienia coraz częściej się powtarzały, co skłoniło chorą do zasięgnięcia porady lekarskiej.

Badaniem w dniu przyjęcia, 24 marca 1901, stwierdzono w sutkach zmiany odpowiadające ciąży, nieznaczną bolesność nad pachwiną prawą, brak przez powłoki wybadalnego oporu, zasinienie przedsionka i części pochwowej, rozpulchnienie pochwy, macicę powiększoną, miękką, trąbkę prawą w odległości 2 ctm. od macicy, rozdętą w guz elastyczny, miękki i przy dotyku bolesny, wielkości dużego jaja, przydatki po stronie drugiej prawidłowe, zatoka Douglasa wolna.

Wczas rano dnia następnego bez powodu podczas leżenia w łóżku wystąpił silny ból w podbrzuszu, podczas którego chora utraciła przytomność; ból ten po podaniu narkotyków nieznacznie tylko osłabł. Ponieważ pewnem było rozpoznanie ciąży trąbkowej, napadowy ten ból należało odnieść do rozpoczynającego się poronienia, zwłaszcza wobec pojawienia się równoczesnego odpływu krwi ze sromu, przystąpiono więc zaraz do operacyi. Badanie bezpośrednio przed operacyą nie wykryło nic innego, jak badanie w dniu poprzednim; zatoka Douglasa również wolna. Przy operacyi znaleziono płynną

krew w jamie otrzewnej, trąbkę prawą okrytą skrzepami. Po usunięciu skrzepów pokazała się trąbka, rozdęta w guz wielkości jaja, a na jej największej wypukłości mały otworek, z którego sączyła się krew. Po wycięciu trąbki przekonano się, że jaje płodowe na małej tylko przestrzeni było od trąbki odklejone, płód w jaju utrzymany.

Wyleczenie; 9 kwietnia, a więc po 15 dniach opuściła oddział. Obecnie skarży się tylko na upławy; w ciążę nie zaszła.

7. Wielródka *W. L.*, lat 39, rodziła trzy razy prawidłowo, ostatni raz przed 7 miesiącami; dziecko to do chwili zasłabnięcia karmiła. W trzy miesiące po porodzie pojawiła się regularność i od tej chwili stale co miesiąc się powtarzała. Ostatnia, nieco skąpsza, była 25 marca 1902. W 17 dni później t. j. 12 kwietnia, pojawiło się nieznaczne krwawienie, które utrzymywało się aż do dnia 29 kwietnia, w tem też czasie występowały nieznaczne bole w podbrzuszu. Wieczór d. 29 kwietnia wystąpił nagle silny ból w podbrzuszu, przyczem chora utraciła przytomność Badaniem w 5 godzin po omdleniu stwierdzono ostrą niedokrewność, tętno ledwo wyczuwalne, brzuch wzdęty, bolesny. wolny płyn w jamie brzusznej, macicę powiększoną, w sklepieniu lewem opór miękki, bolesny, zatoka Douglasa wolna. Wobec stanu chorej zbyt groźnego, aby można ją przewieźć na oddział, a niemożnośc wykonania operacyi w domu, zastrzyknięto ergotynę, podano czopki z makowcem i okłady lodowe.

Rano dnia następnego stan się o tyle poprawił, iż można było ostrożnie chorą przewieźć na oddział, gdzie zaraz przystąpiono do operacyi. Przy operacyi tej znaleziono dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej i nieco skrzepów obok trąbki lewej. Trąbka lewa bliżej otworu brzusznego zgrubiała, wielkości dużego orzecha włoskiego, na szczycie z małym otworkiem, z którego wystawał pęczek kosmków i sączyła się krew. W wyciętej trąbce znaleziono jaje, w części zmiażdżone skrzepami krwi, płód rozpłynięty. Wyleczona, opuściła oddział dnia 22 maja 1902 r., a w lipcu 1903 urodziła prawidłowo dużego chłopca.

8. Wieloródka *B.*, rodziła raz przed 14 miesiącami; z powodu znacznego ścieśnienia miednicy ciężki poród, po którym utrzymywał się przez kilka miesięcy niedowład nóg i zmiany zapalne w otoczeniu macicy. Ostatnia regularność w czerwcu 1902. W końcu lipca przy zapinaniu sznurówki powstał nagły bardzo silny ból w podbrzuszu z omdleniem, wkrótce potem skąpy odpływ krwi ze sromu. Zapad był tak znaczny, iż musiano wykonać wlewania podskórne; po narkotykach bole ustąpiły, zjawiły się jednak objawy ostrej niedokrewności. Badanie bezpośrednio przed operacyą wykazało, co następuje: Cera blada, jak również i błony śluzowe, tętno nitkowate, w sutkach zmiany, odpowiadające ciąży, brzuch wzdęty. wolny płyn w jamie otrzewnej, podbrzusze bolesne. Przy badaniu wewnętrznem rozpulchnienie pochwy, macica powiększona, opór bolesny po stronie prawej, zatoka Douglasa wolna. Przy operacyi znaleziono dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej, prawą trąbkę rozdętą w guz; na szczycie guza tego znajdował się nieznaczny otworek, z którego sączyła się krew. W wyjętej trąbce jaje płodowe prawie na całej przestrzeni do ścian trąbki przyklejone, płód utrzymany.

Wyleczenie; w lipcu roku następnego porodziła siłami natury płód żywy, niedonoszony.

9. Wieloródka *G.*, rodziła cztery razy prawidłowo. Od ostatniego porodu obfite białe upławy. W ostatnich latach chorowała z powodu guza nerki lewej, operacyi jednak poddać się nie chciała. Przez dwa miesiące nie pojawiła się regularność, poczem wystąpiły nieznaczne bole, zaczęła odpływać większa ilość krwi płynnej i skrzepłej. Lekarz domowy wśród skrzepów krwi znalazł błonę doczesną, odnosił więc krwawienie, dalej się utrzymujące, do zwykłego poronienia. W kilka dni później wystąpił nagły ból w podbrzuszu i wkrótce potem zapad. Badaniem stwierdzić było można płyn wolny w jamie otrzewnej; macica powiększona i opór bolesny w sklepieniu lewem. Zatoka Douglasa wolna. Wykonana tej samej nocy laparotomia wykryła płynną krew w jamie otrzewnej, trąbkę lewą znacznie zgrubiałą, na szczycie pękniętą, z otworu tego sterczące jaje płodowe, okryte skrzepami krwi. W wyjętej trąbce całe jaje, oddzielone od ścian trąbki skrzepami krwi, płód rozpłynięty.

Wyleczenie: obecnie regularność prawidłowa, nieznaczne upławy, przypadłości nerkowe. (C. d. n.)

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

O wnikaniu płynów do dróg oddechowych zwłok zanurzonych.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza i Dra S. Horoszkiewicza,
Dyrektora zakładu Asystenta zakładu.

(Dokończenie).

Zanim omówimy wyniki naszych doświadczeń, musimy zaznaczyć, że wedle Hoffmanna (51) „hypervolumen“ nie należy do zmian, bardzo często spotykanych przy sekcyi zwłok osób utopionych. Tak n. p. stwierdził je Reinsberg (52) tylko w 45% swoich przypadków, my zaś w 16 na 46 przypadków śmierci z utonięcia, sekcyonowanych w ciągu ostatnich 12 lat, zatem tylko w 34% przypadków.

We wspomnianych już poprzednio doświadczeniach, wykonanych na 8 zwłokach zwierząt i 4 zwłokach dzieci, których drogi oddechowe były drożne i które spoczywały 50 ctm. pod powierzchnią wody, stwierdziliśmy obecność tego objawu, t. j powiększenie się i niezapadanie płuc przy sekcyi. Ponadto wprowadziliśmy 3 zwłokom dzieci przez kaniulę tchawiczną wodę, silnie zabarwioną błękitem metylenu, wpływającą do ich płuc ze zbiornika pod ciśnieniem słupa wody, wynoszącego w początku 50 ctm. nad poziom tchawicy. W jednem z tych doświadczeń otworzyliśmy przed jego rozpoczęciem klatkę piersiową tak, że mogliśmy spostrzegać powolne rozszerzanie się i dobywanie płuc z jamy piersiowej. Po ukończeniu tych doświadczeń zrazu wydostawała się z tchawicy woda spieniona sama przez się i dość szybko, potem coraz wolniej, wreszcie tylko przy ucisku na płuca. Ponieważ ilość wody, jaka sama wypłynęła z płuc, wynosiła tylko małą część wody, wprowadzonej do nich poprzednio, dlatego też były płuca te przy sekcyi znacznie powiększone, rozszerzone i nie zapadały się. Płuca przy dotykaniu były ciastowate i rozmiękłe, na przekroju zalewały się obfitą cieczą niebieską, drobnopienistą. Temu obrazowi płuc nadaliśmy nazwę obrzęku wodnego „oedema aquosum.“ Powyższe doświadczenia pouczyły tedy, że „hypervolumen“ i niezapadanie się płuc przy sekcyi mogą i muszą się wytworzyć także i w zwłokach, jeśli tylko przewód oddechowy ich jest drożny, a zwłoki spoczną głębiej we wodzie tak, iż woda łatwo pod pewnem ciśnieniem może wnikać do pęcherzyków płucnych. Rozumie się samo przez się, że „hypervolumen“ może powstać tylko przez wniknięcie większej ilości wody. Doświadczenia te potwierdzają także teoryę Traubego. Ponieważ jednak w doświadczeniach naszych powstał „hypervolumen“ płuc po śmierci, wobec czego w płucach zwłok mieściło się mniej powietrza (tylko powietrze zalegające), niż w płucach osobników zmarłych wskutek utonięcia, przeto musimy dla jego wyjaśnienia obok teoryi Traubego uwzględnić jeszcze inne okoliczności. Woda, wnikająca do płuc w naszych doświadczeniach pod ciśnieniem 50 ctm., rozszerza płuca w części przez to, że wypełnia ich pęcherzyki, w części, że zagęszcza zawarte w nich powietrze zalegające. Im silniej zaś będą płuca w ten sposób pośmiertnie rozszerzone, tem więcej musi elastyczna ich tkanka stracić na swej sprężystości. Ta zaś utrata na sprężystości wywołuje niezdolność zapadania się płuc w chwili, gdy woda przestanie do nich wnikać, a woda wypełniająca

je nie pozostaje już pod pierwotnem ciśnieniem. Że zaś woda wnika tak za życia przy tonięciu, jak i po śmierci u głębiej zanurzonych zwłok w ich płuca pod pewnem i to znacznem ciśnieniem, wobec czego sprężystość ich musi się osłabić, dowodzi badanie histologiczne ich miąższu, które stwierdza rozległe przedarcia ścian pęcherzyków płucnych. Te przedarcia ścian pęcherzyków płucnych u osób utopionych opisał świeżo H. K. W. Schmidt (53) i przypisał im znaczenie „zasadniczego a łatwo stwierdzić się dającego znamienia“ śmierci z utonięcia. Tymczasem nasze odnośne badania skrawków płuc, barwionych orceiną wedle Unny-Taenzera (54) i elastyną wedle Weigerta, wykazały, że obraz mikroskopowy jest niemal jednaki tak w płucach zwierząt (psów) utopionych, jak i w płucach zwierząt (psów), które dopiero po śmierci spoczywały przez 6 godzin we wodzie. Pęcherzyki płucne były po większej części mocno rozdęte, a miejscami tworzyły wskutek przedarcia swych ścian trafnie przez Schmidta opisane, jako łańcuszkowato obok siebie ułożone, wolne przestrzenie. Tylko w kilku płucach utopionych psów, w których już gołem okiem dawały się stwierdzić wybroczyny, wykazało badanie mikroskopowe wydatne wynaczynienia krwi w części do światła pęcherzyków, w części do tkanki międzypęcherzykowej. Ponadto zawierały pęcherzyki płuc zwierząt utopionych więcej złuszczonych nabłonków, niż pęcherzyki płucne zwierząt, po śmierci w wodę zanurzonych. Ponieważ wybroczyny krwi znaleźliśmy zaledwie tylko w 5% przypadków utopienia, przeto przypisujemy im podrzędne znaczenie rozpoznawcze.

Jak już nadmieniono, nadaliśmy obrazowi, jaki przedstawiają płuca zwłok, pogrążonych we wodzie, miano obrzęku wodnego (*oedema aquosum*). Chociaż obraz ten makroskopowo nie różni się niczem od obrazu prawdziwego, za życia wytworzonego obrzęku płuc, to jednak można bardzo łatwo odróżnić obraz pierwszy od drugiego przy pomocy kryoskopu, jak to stwierdził Revenstorf (55); płyn zebrany z płuc, dotkniętych obrzękiem prawdziwym, jako przesięk posiada niższy punkt marznięcia, równający się punktowi marznięcia prawidłowej krwi.

Zmienne opisy zachowania się płuc utopionych, jakie podają dawniejsi badacze, dowodzą, iż płuca utopionych niezawsze są jednakowo w płyn obfite. Najdokładniej opisuje zmienny obraz płuc utopionych Strassmann: „Tkanka płucna jest na przekroju albo jednostajnie w płyn zamożna, albo też więcej sucha, a nawet i w tym ostatnim razie stwierdza się nadmierne rozdęcie płuc, przyczem już nawet zewnętrzne oględziny płuc wtedy wykazują, że są one dotknięte prawdziwą „hyperaëryą“ t. j. rozdęciem przez nadmierną ilość powietrza, wskutek czego są one przy dotyku podobne do balonu, poduszki powietrznej, względnie do płuca, dotkniętego rozedmą.“ Płuca 56 zwierząt, utopionych przez nas w celach doświadczalnych, różniły się swem zachowaniem od płuc zwierząt, które dopiero po śmierci wrzucono do wody, nawet wówczas, gdy na przekroju były one, jak powiada Strassmann „w płyn zamożne.“ Różnica polegała na tem, że płuca zwierząt utopionych zawierały stale więcej powietrza i były przynajmniej w swych przednich górnych częściach podobne do płuc dotkniętych rozedmą, zaś płuca zwierząt, po śmierci włożonych do wody, zawierały od poprzednich mniej powietrza i były jednostajnie w płyn zamożne, zatem jak obrzękłe. Różnica powyższa, która naszem zdaniem pozwala jedynie a pewnie rozpoznać, czy się ma do czynienia ze zmarłym wskutek utonięcia, czy też z wrzuconym dopiero po śmierci do wody, daje się łatwo wyjaśnić na podstawie wywodów Marguliesa. Płuca zwłok wrzuconych do wody, które zawierają tylko powietrze zalegające, wypełniają z łatwością swe pęcherzyki, zawierające mało powietrza, wodą, wnikającą do nich pod ciśnieniem. Jeżeli natomiast ktoś we wodzie tonie, to wnosi pod zwierciadło wody w swych płucach zawsze większy zapas powietrza, niż wrzucone do wody zwłoki, bo zapas ten składa się w najkorzystniejszym razie (po wdechu) z powietrza zalegającego, zapasowego, oddechowego i części uzupełniającego. Ponieważ zaś z tego zapasu nie może ujść po śmierci nawet jego część, gdyż woda, zalegająca drobne oskrzeliki, na to nie pozwala, przeto ten zapas powietrza musi pozostać w płucach po śmierci i musi przynajmniej w części ich wytworzyć obraz „hyperaëryi.“ W tem przekonaniu, że życiowy zapas powietrza nie może po śmierci u utopionych ustąpić z płuc w zwykły sposób, utwierdził nas przypadek samobójstwa przez poderznięcie szyi, który przed niedawnym czasem przysłano zakładowi do sekcyi. Tchawica i większe oskrzela zawierały zbite skrzepy krwi, które światło oskrzeli zupełnie niemal zatykały. Płuca obustronnie o zwiększonej objętości, silnie rozdęte, nie zapadały się w czasie otwarcia klatki piersiowej, lecz owszem wypuklały się na zewnątrz, zatem zachowywały się, jak płuca utopionych. Na przekroju były suche, powietrzne, silnie trzeszczące, niedokrewne. Obraz „hyperaëryi“, jaki płuca te przedstawiały, należało tłómaczyć tem, że życiowy zapas powietrza nie mógł z nich ujść w chwili śmierci z powodu zatkania światła oskrzeli. Ten sam stan musi zachodzić także w płucach utopionych.

Stan „hyperaëryi“ płuc osobników, zmarłych wskutek utonięcia, jaki co najmniej w przednich górnych częściach ich płuc się znachodzi, nazwaliśmy w przeciwieństwie do obrazu obrzęku wodnego (*oedema aquosum*) według Brouardela rozedmą wodną (*emphysema aquosum*). Płuca 7 psów, które utopiliśmy przez połączenie ich tchawicy ze zbiornikiem wody w chwili, gdy wykonały silny wdech, przedstawiały o wiele wybitniejszy i rozleglejszy obraz rozedmy wodnej, niż płuca psów, utopionych w ten sam sposób po wykonaniu przez nie głębokiego wdechu. U pierwszych była co najmniej połowa ich płuc, t. j. górne i znaczna część środkowych płatów silnie powietrzem rozdęte, reszta zaś przedstawiała obraz obrzęku; u drugich zaś były tylko przednie części płatów górnych i średnich powietrzem rozdęte, reszta zaś wodą nacieczona i obrzękła. U jednego po głębokim wdechu utopionego psa zajmowała rozedma wodna $^2/_3$ płuc z wyjątkiem ich przykręgowych i przy wnęce położonych części. Zwierzęta wdychały wodę w położeniu grzbietowem. Również była rozedma wodna płuc rozleglejszą u zwierząt, przed utopieniem głęboko uśpionych zapomocą chloroformu, a to dlatego, ponieważ zwierzęta, przed utopieniem znieczulone, nie wyrzucają wśród tonięcia wetchniętej wody ze swych dróg oddechowych, przyczem dobywa się zwykle z płuc wraz z wyrzuconą wodą część zawartego tamże powietrza. Skoro zatem zwierzęta znieczulone nie wyrzucają wdychanej wody, zatem zapas powietrza w ich płucach również się nie zmniejsza. Powyższe doświadczenia potwierdzają teoretyczne rozumowanie Marguliesa, albowiem wykazują, że im więcej powietrza wnosi tonący

w swych płucach pod powierzchnię wody (n. p. bezpośrednio po głębokim wdechu), tem więcej są jego płuca potem przy sekcyi rozdęte, a zarazem, że im mniej tonący po zanurzeniu wykrztusza wody (uśpienie, stany odurzenia), tem więcej również są płuca jego nadmiernie powietrzem wypełnione.

Wedle Lauba nie mogą się zapaść płuca utopionych, dotknięte „hyperaëryą", czyli wodną rozedmą, nawet wówczas przy otwarciu klatki piersiowej, gdy z czasem płyn, zatykający oskrzeliki, zniknie; natomiast wedle Tardieugo i Marguliesa należy się zapadnięcia płuc spodziewać po zniknięciu płynu z oskrzeli. Tymczasem powiada Strassmann, godząc się w tym względzie z Limanem, „że nadmierne rozdęcie płuc pozostaje niekiedy mimo znacznej zgnilizny (zatem i zniknięcia płynu z oskrzeli), jako jedyna cecha śmierci z utonięcia." To zachowanie się rozedmy wodnej płuc utopionych, a raczej ich niezapadania się przy sekcyi należy naszem zdaniem w ten sposób tłómaczyć, że tkanka płucna nad miarę i długo rozdęta utraciła na swej sprężystości tak dalece, iż mimo zniknięcia płynu z oskrzelików i możności ujścia z płuc życiowego zapasu powietrza, tkanka ich nie jest już zdolną się skurczyć.

Z przedstawionych tutaj wszystkich naszych badań wynika:

1) że woda, wnikająca po śmierci do płuc zanurzonych w niej zwłok, wywołuje znaczne powiększenie ich objętości i niezdolność do zapadnięcia się ich w chwili otwarcia klatki piersiowej;

2) że jednak takie płuca są wogóle mało powietrzne i przedstawiają obraz zwany przez nas obrzękiem wodnym (*oedema aquosum*), podczas gdy

3) płuca utopionych (zmarłych wskutek utonięcia) są stale o wiele więcej powietrzne i przedstawiają bodaj częściowo obraz „suchego rozdęcia" (Strassmann), czyli „hyperaëryi" (Casper), czyli „rozedmy wodnej" (*emphysema aquosum* — Brouardel);

4) obraz choćby częściowej rozedmy wodnej dowodzi, że w danym przypadku utopienie było przyczyną śmierci;

5) zwiększona objętość i niezapadanie się płuc osobników utopionych lub dopiero po śmierci wrzuconych do wody przy sekcyi tłómaczą się w części teoryą Traubego i wywodem Marguliesa, w części zaś wedle naszego przekonania tem, że płuca silnie rozdęte czyto zgęszczonem powietrzem, czy też wodą, która wniknęła do ich pęcherzyków, utraciły przez to tyle ze swej sprężystości, iż nie mogą się w sposób prawidłowy skurczyć i zapaść.

Co się tyczy ostatniego, na wstępie poruszonego pytania, czy krew lewej połowy serca zwłok, wrzuconych do wody, doznaje rozcieńczenia, to odnośne nasze badania kryoskopowe potwierdziły w zupełności wyniki poprzednich badaczy, jak Carrary, Stoenescu i H. K. W. Schmidta. Ciśnienie osmotyczne, $\triangle$ krwi wziętej z lewej komory serca zwierząt, które przez 6—24 godzin spoczywały po poprzedniem zabiciu ich we wodzie, równało się w zupełności $\triangle$ ich krwi, wziętej do badania za życia ich z tętnicy szyjnej Na tej podstawie nie może ulegać wątpliwości, że krew lewej połowej serca zwłok wrzuconych do wody nie doznaje przez to rozcieńczenia.

Piśmiennictwo. 1) 3) Hoffmann. Lehrb. d. ger. Med. Wien-Leipzig, 1898. Str. 554. — 2) Casper-Liman. Prakt. Handb. d. ger. Med. — 4) Thèse. Paris. 1884. — 5) Wien. medizin. Blat. 1883. Nr. 26—34. — 6) Vierteljschr. f. ger. Med. 1884. T. 40. Str. 1 i Atlas d. ger. Med. II. Str. 175. — 7) Üb. Aspirationspneumonie itd. Wien. 1898. — 8) Časopis lek. č. 1901. Nr. 23. — 9) Friedreichs Bl. f. ger. Med. 1896. — 10) System der ger. Staatsarzney-Wisssensch. 5 Aufl. § 194 b. — 11) Ausführl. Handb. d. ger. Med. 35. § 475. — 12) Lehrb. d. ger. Med.2 Aufl. Str. 316. — 13) Handb. d. ger. Arzney-Wiss. § 367. — 14) Vierteljschr. f. ger. Med. 1892. T. 2. Str. 247. — 15) Prager Vierteljschr. d. Heilk. 1849. — 16) L. c. — 17) Expér. et observ. sur la cause de la mort des noyés. Lyon. Paris 1768. — 18) Lehrb. d. ger. Med. Stuttgart 1895. Str. 293. — 19) La pendaison itd. Paris 1897. Str. 473. — 20) Lehrb. d. ger. Med. Halle 1821 § 208—210. — 21) Gerichtl. Sectionen des menschl. Körpers. — 22) Henkes Zeitschr. f. St.-Arzneik. T. 37. — 23) Lehrb. d. ger. Med. München 1867. Str. 313. — 24) Wien. klin. Wochenschr. 1899. Nr. 25. — 25) 26) Wedle Kanzlera l. c. ad 14. Str. 243. — 27) Über d. Tod. durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888. Str. 12. — 28) L. c. ad 19. Str. 473. — 29) Landois. Lehrb. d. Physiologie. Wien. Leipzig 1887. Str. 208. — 30) Centralbl. f. Physiol. 1903. Mr. 10. — 31) Rivista di med. leg. 1901. Fasc. 2. — 32—39) Ad 27. Str. 100—107. — 40) Ad 19. — 41) Ad 14. Str. 221—223. — 42) Ad 23. Str. 311—312. — 43) Porów. H. Schmidt. Friedr. Bl. f. ger. Med. 1899. Str. 96. — 44) Deutsche Klinik. 1863. Nr. 25, 26. — 45) Vierteljschr. f. ger. Med. 1884. T. 40. Str. 8. — 46) Annal. d'hyg. publ. 1863. Str. 324. — 47) Vierteljsch. f. ger. Med. 1866. T. 7. Str. 250 i n. — 48) Ad 45. Str. 15, 16, 23, 26. — 49) Ad 18. Str. 283 i n. i 293. — 50) Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 26. Str. 21 i n. — 51) Ad 1. Str. 552. — 52) Ad 9. — 53) Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1904. Nr. 1. — 54) Kahlden Technik u. sw. Jena 1898. Str. 109. — 55) Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 26. Str. 32, 33.

III. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu przewlekłych spraw zapalnych nerek (choroby Brighta) sposobem Edebohlsa.

Zdał sprawę

M. W. Herman (Lwów).

(Dokończenie.)

Jakież wyniki osiągnięto ostatecznie sposobem Edebohlsa? Jedna z ostatnich statystyk z przeszłego roku, obejmująca 51 przypadków, przez samego tylko Edebohlsa operowanych, wykazuje po 47 operacyach obustronnych, a po 4 jednostronnych, następujące wyniki: 7 operowanych zmarło bezpośrednio po operacyi (do 17 dni), 7 zmarło w 2 miesiące i później, nawet w 8 lat po operacyi (średnia zatem długość życia po operacyi w tej grupie wynosiła 1 rok i 8 miesięcy), u 2 nie stwierdzono żadnej poprawy, u 1 był nawrót choroby Brighta po 4 latach, u 22 stwierdzono niekiedy nawet bardzo znaczną poprawę, u 9 zaś zupełne wyleczenie. A za wyleczonych uważa Edebohls tylko takich, u których obok braku jakichkolwiek objawów podmiotowych, w moczu przez 6 przynajmniej miesięcy nie stwierdzono ani białka, ani też morfotycznych składników, a zwłaszcza wałeczków, a ilość wydzielonego mocznika dochodzi do liczb prawidłowych. Jeszcze większe zestawienie R. Guiterasa, uzyskane przez rozesłanie odpowiedniego okólnika do chirurgów amerykańskich, obejmuje 120 przypadków niewątpliwej, jak nas autor zapewnia, choroby Brighta i wykazuje po dekapsulacyi 16% wyleczeń, 40% polepszeń, 11% bez poprawy, 33% zejść śmiertelnych. Śmiertelność zaś bywa różną zależnie od postaci sprawy zapalnej. W zapaleniu śródmiąższowem, w którem wogóle wyniki pooperacyjne bywają najlepsze, śmiertelność bezpośrednia wynosi 26%, w zapaleniu miąższowem 25%, w przypadkach zaś choroby Brighta rozlanej, zajmującej tak miąższ, jak i tkankę śródmiąższową, śmiertelność pooperacyjna jest największa, dochodzi bowiem do 57%. Najlepszą niewątpliwie statystykę ma Fergusson, — na 16 bowiem spostrzeżeń

sprawy zapalnej, drobnowidowo stwierdzonej, we wszystkich osiągnął jużto wyleczenie, już też znakomitą poprawę. W każdym przypadku znikały bóle i zwiększała się ilość wydzielanego moczu. W przeważnej jednak liczbie przypadków sprawa zapalna powikłaną była z obluźnieniem się nerki. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że w ojczyźnie dekapsulacyi nerek, w Ameryce, entuzyazm i brak krytycyzmu u jednych chirurgów, równoważy ścisła krytyka, a nawet skeptycyzm u drugich. Naprzykład Gibbons jest tak bezkrytycznym zwolennikiem tego sposobu postępowania, że nietylko uważa każdy przypadek choroby Brigtha bez względu na jej okres, za odpowiedni przedmiot do leczenia operacyjnego, ale nawet nie waha się wykonać ten zabieg u własnej siostry. Podobnie sądzi Mc Arthur. Już jednak Jepson uważa, że po dekapsulacyi należy oczekiwać wyników jedynie w zapaleniu śródmiąższowem. Whitaere wyłącza zaś przypadki t. zw. dużej białej nerki. Najbardziej krytycznem jest niewątpliwie spostrzeżenie C. Fraziera. U 9-letniego dzieciaka, dotkniętego, jak się zdaje napewno, chorobą Brighta, wykonał on nefrokapsektomię po prawej stronie. Już trzeciego dnia zauważył pewną poprawę, która odtąd statecznie, jakkolwiek powolnie postępowała. Zachwycony wynikiem, ogłasza Frazier to spostrzeżenie i z całem przekonaniem w dobrą sprawę wpisuje się w szeregi zwolenników operacyi Edebohlsa. W parę jednak miesięcy później ten sam autor, tym razem już na spółkę z Tysonem, w tem samem czasopiśmie ogłasza drugą rozprawkę, w której odwołuje wszystko to, co poprzednio napisał. Chory jego bowiem tak długo dobrze się miał, póki leżał w łóżku. Skoro tylko je opuścił, powróciły obrzęki tkanki podskórnej i puchlina jam surowiczych. Równocześnie dziecko poczęło się skarżyć i na inne dolegliwości, właściwe chorobie Brighta. Autorowie, zachęceni poprawą po pierwszej operacyi, przystąpili do obnażenia lewej nerki znów z podobnym wynikiem, jak poprzednio. A więc najpierw zwiększyła się ilość moczu, potem obrzęki zaczęły schodzić i t. d., ale tylko tak długo, póki dziecko leżało w łóżku. Gdy jednak operowany zaczął wstawać, objawy choroby Brighta zjawiały się w całej rozciągłości i okazałości *ab ovo* tak, że w tym przypadku nic zgoła nie osiągnięto. Zniechęcony autor uważa tedy metodę Edebohlsa za *ultimum refugium* w przypadkach rozpaczliwych. Bo zresztą waha się trochę, czy operacya ta nie przynosi chorym raczej szkody, zamiast pożytku. Pojawiła się bowiem tymczasem praca doświadczalna Johnsona, która wzbudza pewne wątpliwości. Autor ten, prawdopodobnie jeden z pierwszych, doświadczeniem (na psach) stwierdził, że właściwie niepodobna zdjąć torebki włóknistej całkowicie. Zawsze zdejmujemy jedynie warstwę powierzchowną (grubszą), pozostawiamy zaś głębszą, cieniutką, która wnet pokrywa się warstwą włóknika, ulegającego z czasem organizacyi tak, że ostatecznie torebka niejako się odradza, i to w postaci niekorzystnej dla samejże nerki. Ta bowiem nowa torebka jest grubsza i mniej podatna od pierwotnej, a nadto ma właściwości tkanek bliznowatych wogóle, t. j. dążność do kurczenia się. Stąd jednak zdrowy miąższ nerkowy szkody nie ponosi. Wykazały to badania Johnsona, potwierdziły podobne doświadczenia Thelemanna, Asakury, Stursberga, Ehrhardta i innych. Jedynie przy mniej ostrożnem i oszczędzającem postępowaniu, gdy w czasie zdzierania torebki uszkodzonym zostanie równocześnie i miąższ nerkowy, powstają w tych miejscach blizny, od których w głąb nerki ciągną się smugi tkanki łącznej. Inni zaś autorowie zauważyli wybroczyny, rozsiane w miąższu nerkowym, obumieranie nabłonka w powierzchownych warstwach i t. d. Wszystko to jednak były zmiany tylko przypadkowe, w każdym zaś razie bez znaczenia. Prawdopodobnie jednak ten sam zabieg dla nerek już chorych ma większe znaczenie. Domysł ten potwierdza znakomicie spostrzeżenie Sterna. Nadarzyła mu się mianowicie sposobność wykonać sekcyę w dwóch przypadkach, w których przed dwoma i $2^1/_2$ miesiącami wykonał obnażenie nerki po jednej stronie. W obu przypadkach stwierdził na nerkach operowanych w miejscu usuniętej torebki grubą, zbitą, bliznowatą tkankę. Na skrawkach mikroskopowych nie udało mu się nigdzie wykazać bezpośredniego przejścia naczyń torebki w naczynia śródnerkowe. Pierwotna zaś sprawa chorobowa (*nephritis interstitialis* w jednym, *nephritis luetica* w drugim przypadku) w nerce operowanej, bardzo wyraźnie posunęła się dalej, niż w nerce nietkniętej. Zatem są pewne podstawy, aby powątpiewać, czy zabieg obnażenia nerki sam przez się jest obojętnym dla chorej nerki.

Niekorzystnie też wypadły doświadczenia, przedsiębrane głównie w tym celu, aby sprawdzić twierdzenie Edebohlsa o tworzeniu się nowych naczyń w zrostach, otaczających nerkę. Już samo wspomniane wyżej odradzanie się niejako torebki włóknistej i to w przeciągu stosunkowo niedługiego czasu (już po 14 dniach), osłabia tę nadzieję. I rzeczywiście Bonsz-Osmołowski, Albarran[1]), Johnson, Ehrhardt, Stern, i w. i. nie stwierdzili wogóle naczyń w zrostach, w szczególności zaś nie znaleźli naczyń tętniczych, na których Edebohls opierał całe swe rozumowanie. Brak naczyń w zrostach jedni stwierdzali zapomocą badań drobnowidowych, (jak Stern), inni zaś doświadczeniem biologicznem, (jak Ehrhardt). Ehrhardt mianowicie w kilka miesięcy po nefrokapsektomii podwiązywał tętnicę nerkową i stale stwierdzał martwicę całej nerki, z wyjątkiem bardzo wąziutkiej (grubości 1 mlm.) warstwy na samym obwodzie. Jedynie Asakura i Stursberg, ten drugi wykonawszy doświadczenie w sposób nieco odmienny, wykazali, że w zrostach tworzą się nowe naczynia i to tak żylne, jak i tętnicze, i sądzą, że naczynia te nie są bez znaczenia. Asakura próbował nawet doświadczalnie odpowiedzieć na pytanie, nas tu najżywiej zajmujące, mianowicie stwierdzić chciał wpływ obnażenia nerki na przebieg sprawy chorobowej i po szeregu rozmaicie ułożonych doświadczeń doszedł wreszcie do tego przekonania, że zwierzęta operowane lepiej nieco znoszą ostre zapalenie nerek, wzniecone przez wstrzyknięcie do krwi gronkowców, aniżeli zwierzęta nieoperowane. O wiele liczniejsze są jednak doświadczenia z wynikiem wprost przeciwnym, tak, że doświadczeniom Asakury większej wagi przypisywać nie możemy, ani też nikt im nie przypisuje i to tem mniej, że sprzeciwiają się im spostrzeżenia kliniczne i ścisła krytyka ogłoszonych przypadków.

I te właśnie dwa względy, t. j. wielki brak krytyki w spostrzeżeniach Edebohlsa i ujemny wynik doświadczeń sprawiły prawdopodobnie, że w Europie sposób Edebohlsa nie zdołał się rozpowszechnić. W piśmiennictwie, uwzględnionem w niniejszem sprawozdaniu, a z małymi tylko wyjątkami wyczerpującem niemal przedmiot, nie spotykamy ani jednego spostrzeżenia, odnoszącego się do choroby Brighta, w któremby po obnażeniu nerek nastąpiło wyleczenie. A. Pousson, jeden z doświadczeńszych na tem polu, powołać się mogący na 13 własnych spostrzeżeń, kończy swą rozprawę twierdzeniem, że wprawdzie po dekapsulacyi u tego lub owego chorego następowało niejakie polepszenie, u żadnego jednak nie stwierdzono wyleczenia, a śmiertelność pooperacyjną oblicza na 20%. Israel w sześciu przypadkach operował wedle zasad Edebohlsa i po piętnastomiesięcznej obserwacyi, — jak o tem donosi Rosenstein, — dochodzi do najgorszych wyników. Podaje on bowiem: 1 przypadek śmierci, 1 pogorszenie, w 2 nie zauważono żadnego wpływu, w 2 wreszcie po operacyi ustąpiły wprawdzie bole głowy i obrzęki, białko jednak i wałeczki nie znikły wcale. Riedel w jednym przypadku dał się skusić do jednostronnej dekapsulacyi i mimo przemijającej poprawy takie odniósł wrażenie, że do obnażenia drugiej nerki namówić się nie da. Kümmel operował 7 razy, zawsze obustronnie, i zauważa, że przy dużej białej nerce zabieg ten nie jest bynajmniej łatwym; w jednym przypadku operowany umarł skutkiem mocznicy, dwóch innych

[1]) Cytowani przez Ehrhardta.

chorych zmarło po 5—6 dniach, dwóch po 2 latach, u 2 wreszcie o tyle stan chorobowy się poprawił, że ilość białka spadła z 10‰ na 1—3‰, wyleczenie jednak nie nastąpiło. F. Franke operował dwa razy, oba razy obnażał na jednem posiedzeniu obie nerki. Jeden z operowanych, z bardzo daleko już posuniętą sprawą chorobową, żył tylko krótki czas po operacyi. W drugim przypadku o żadnym wyniku mówić nie można.

I tak ostatecznie, kiedy zważymy z jednej strony wyniki doświadczeń na psach i królikach i ujemny całkowicie wynik spostrzeżeń klinicznych autorów francuskich i niemieckich, z drugiej zaś strony statystyki autorów amerykańskich z Edelbohlsem na czele, statystyki, w których przeważnie spotykamy sprawy zapalne jednostronne, powikłane obniżeniem się nerki i uwagę, że w tych właśnie przypadkach nerkowej choroby osiągnięto całkowite wyleczenie, mimo najlepszej chęci budzi się niewiara w skuteczność nefrokapsektomii w rzeczywistej chorobie Brighta. Ostatecznie do operacyi tej zniechęca stosunkowo znaczna śmiertelność pooperacyjna, — wynosząca przeszło 20%, i spostrzeżenia Sterna, który stwierdza, że w nerce już zmienionej po dekapsulacyi sprawa chorobowa chyżym krokiem postępuje naprzód. I chyba przyjdzie chirurgii, wyciągającej „zaborcze energiczne ręce po trofea w leczeniu zapaleń nerek z przyczyn ogólnych“ [5]) cofnąć się z zajętej placówki, która jak się zdaje nikomu korzyści nie przyniesie. Lecz nie bez zastrzeżeń! — Zdaje się bowiem, że nie można jeszcze zamknąć rozpraw nad dopuszczalnością i wartością zabiegów chirurgicznych w tych przypadkach przewlekłych rozsianych śródmiąższowych spraw zapalnych, w których na plan pierwszy wysuwa się gwałtowna kolka nerkowa i moczenie krwawe.

Piśmiennictwo: 1) Asakura: Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum (Mitteil. a. d. Grenzgeb. T XII). — 2) J. Bakeš: Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis (Zentrbl. für Chir. 1904. Nr. 14). — 3) J. Bakeš: Neues Verfahren zur operativen Behandlung der chronischen Nephritis (Bericht über die Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr. 27. Beilage). — 4) Blake: Preliminary report of five cases of renal decapsulation (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 5) G. M. Edebohls: Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Autorisierte Übersetzung von Doc. Dr. O. Beuttner. Genf 1903. — 6) G. M. Edebohls: Renal decapsulation for chronic Brigths disease (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 7) G. M. Edebohls: Nierendekapsulation, Nephrokapsektomie (Edebohls) und Nephrolysis Rovsing) (Zntrbl. für Chir. 1904. Nr. 7). — 8) Erhardt: Experimentelle Beiträge zur Nierendekapsulation (Mitteil a. d. Grenzgebieten. T. XIII. 2). — 9) Fergusson: Surgical treatment of nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 41). — 10) Frazier: Renal decapsulation (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 36). — 11) R. Guiteras: The operative treatment of chronic Brights disease etc. (Ref. w Zntrbl. f. Chir 1904. Nr. 12). — 12) Henry: Nephropexy in a case of chronic nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903 Nr. 52). — 13) Jaboulay: Du traitement chirurgical des nephrites (Ref. w Zentrbl. f. Chir. 1904. Nr. 12). — 14) Johnson: Results of decapsulation of the kidney (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 31). — 15) Patel et Cavaillon: Du traitement chirurgical des nephrites (Ref. w Zntrbl f. Chir. 1904. Nr. 12). — 16) Pousson: Traitement chirurgical des néphrites médicales (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1904 Nr. 21). — 17) Rosenstein: Dekapsulation der Nieren bei Morbus Brightii (Bericht über die Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. Nr. 27. Beilage). — 18) T. Rovsing: Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightii durch Nephrolysis und Nephrokapsektomie (Zntrbl. f. Chir. 1004. Nr. 17). — 19) Rumpler O.: Der gegenwärtige Stand der Lehre der chirurgischen Behandlung der Nierenentzündung, Dissertation. Strassburg 1901. — 20) Stern: Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung d. chronischen Nephritis (Ref. w Zntrbl. f Chir. 1903. Nr. 49). — 21) Stern: Über Veränderungen an der Niere nach Entfernung der Capsula fibrosa (Decapsulatio nach Edebohls) (Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1804. Nr. 27 Beilage) — 22) Stursberg: Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene Nierenentkapselung (Mitteil a. d. Grenzgebieten. T. XII). — 23) Thelemann: Ueber die Entkapselung der Niere (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 15). — 24) Tyson and Frazier: Report of a case of decapsulation of the kidney for chronic parenchymatous nephritis (Ref. w Zntrbl. f. Chir. 1903. Nr. 52) — 25) Tyson: Edebohls operation etc. (Refer. w Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr 7). — 26) Zondek: Demonstration einiger anatomischer Präparate (Bericht über d. Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXXIII Kongr. Zntrbl. f. Chir. 1904. Nr. 27 Beilage).

[5]) J. Wiczkowski: Nauka o chorobach wewnętrznych T. III. Str. 39.

IV. Wyciągi.

1) Dr. H. Kümmel. **O wczesnych operacyach w gruźlicy nerek.** (*Archiv Langenbecka*, T. 74, Z. 1). — 2) Prof. Dr. Krönlein. **O gruźlicy nerek i wynikach jej operacyjnego leczenia.** (*Archiv Langenbecka*, T. 73, Z. 4). Powaga Guyona sprawiła, że bardzo długo utrzymywało się między chirurgami przekonanie o istnieniu gruźlicy wstępującej w drogach moczowych (z pęcherza przez moczowód do nerek). Przekonanie to nadzwyczaj krępowało chirurgów w ich postępowaniu leczniczem. Dopiero badania doświadczalne Baumgartena, a potem prace Kraemera, Steinthala i in. obok dokładnych obserwacyi klinicznych, obaliły zapatrywania dawniejsze, stawiając w ich miejsce inne, jak się zdaje jedynie prawdziwe, a głoszące, że w drogach moczowo-płciowych gruźlica szerzyć się może tylko w kierunku prądu wydzieliny głównych gruczołów, a więc z nerek do pęcherza, a z jąder do stercza. Gruczoły te zaś zostają zakażone najczęściej drogą naczyń krwionośnych (zatem niejako skutkiem zatoru) z jakiegoś, choćby bardzo nieznacznego ogniska, jak np. w jednym przypadku Kümmla z gruzełka trupiego na palcu u lekarza, lub też z ogniska, klinicznie wykazać się niedającego (jak najczęściej w płucach). Obok tego sposobu zakażenia, który przyjmują obaj autorowie, Kümmel kładzie pewną wagę na wrodzoną gruźlicę nerek lub jądra. Ognisko, długie lata utajone, ujawnia się nagle wśród sprzyjających okoliczności. Drugim nadzwyczaj ważnym dla chirurga szczegółem, a stwierdzonym zgodnie przez obu autorów jest to, że gruźlica nadzwyczaj często zajmuje jedną tylko nerkę. Obie okoliczności, razem wzięte, pozwalają chirurgowi żywić uzasadnione przekonanie, że po usunięciu chorej nerki usunięto rzeczywiście doszczętnie całą tkankę, chorobowo zmienioną (oczywiście w narządzie moczowym). W zestawieniach obu autorów jest wyraźna przewaga chorych i leczonych kobiet nad mężczyznami. Kümmel przytacza na 33 kobiet — 15 mężczyzn, Krönlein zaś (na 51 przypadków wogóle) 74·5% kobiet, a tylko 25·5% mężczyzn. Zjawisko to objaśnia Krönlein kilkoma przyczynami. U kobiet nerki ruchome zdarzają się często, obniżenie się zaś i okręcenie nerki powoduje zastój, choćby częściowy, moczu, zastój zaś ułatwia zakażenie. Z zastojem, a wreszcie z przekrwieniem (czynnem lub biernem) ustrój kobiecy walczyć musi często w ciąży, w okresach miesiączki i t. d. Wreszcie wskutek krótkości i szerokości cewki moczowej niewieściej rozmaite sprawy zakaźne, a zwłaszcza wywołane dwoinkami tryprowemi, szerzyć się mogą na pęcherz, moczowody i miedniczki. A mówiąc o zakażeniu tryprowem obaj autorowie godzą się na to, że poprzednie zakażenie dwoinkami Neissera w wysokim stopniu przygotowuje glebę dla późniejszego zakażenia prątkami. Wyniki pooperacyjne w tem cierpieniu dobre, a tem lepsze, czem wcześniej chora nerka zostanie usuniętą. Rozpoznanie w początkach natrafia na wielkie trudności. Można je jednak pokonać, jak tego dowodzi Kümmel swymi sześcioma przypadkami. Jednym z najpierwszych objawów, kiedy brak jeszcze wszystkich innych, bywa mętny od czasu do czasu mocz, zauważyć się dający jedynie przy pilnem badaniu. W moczu takim wykryć można, zdaniem Kümmla, zawsze prątki gruźlicze. Zresztą obmacanie nerek, a nawet dokładne obejrzenie cystoskopem pęcherza, nie wykrywa nic nieprawidłowego. Dopiero cewnikowanie moczowodów naprowadza na właściwe rozpoznanie. Zdaniem Kümmla ten sposób badania (t. j. cewnikowanie moczowodów) w gruźlicy nerek jest nieodzownym i wbrew zdaniu niektórych chirurgów Kümmel gorąco zaleca cewnikowanie obu moczowodów. K. nigdy tego postępowania nie żałował, nigdy też stąd szkody nie widział. Zebrawszy mocz z każdej nerki z osobna, możemy go porównać pod względem chemicznym i fizycznym i nabrać dokładnego pojęcia nietylko o tem, która nerka jest chorą, lecz także o sprawności czynnościowej każdej z nich. Chromocystoskopia (po podskórnem wstrzyknięciu indygokarminu), zalecona niedawno przez Völckera i Josepha, może w łatwych przypadkach — początkującym, w trudnych — nawet doświadczonym, ułatwić ureteroskopię, nigdy jej jednak zastąpić nie zdoła. Stwierdziwszy gruźlicę nerki należy choremu doradzić jak najrychlejszą operacyę. Nie możemy bowiem liczyć na wyjątkowe zdarzenia, w których sprawa ta sama się wyleczy. Jedynym zaś właściwym zabiegiem jest całkowite wycięcie chorej nerki od lędźwi. Jedynem przeciwwskazaniem

tego zabiegu są zmiany i niedomoga drugiej nerki. Jeżeli jednak druga, także chora, nerka spełnia swą czynność w sposób wystarczający, można i w tych warunkach pokusić się o wycięcie nerki bardziej zmienionej. Kümmel cztery razy operował w tych warunkach i chorzy żyli po operacyi jeszcze 2—4 miesięcy bez gorączki i bez bolów, trapiących ich przed operacyą. Z 43 innych operowanych 5 zmarło bezpośrednio lub wkrótce po operacyi, 3 po 3—6 miesiącach, 32 zaś żyje po 15½, 9, 7 i t. d. latach od operacyi. Podobnie korzystną jest statystyka Krönleina. Na 34 operowanych dwóch zmarło bezpośrednio po operacyi, sześciu w przeciągu 2—9 miesięcy po operacyi, a dwóch w 7 wzgl. 11 lat po operacyi z gruźlicy płuc, 24 zaś żyje 14, 10, 9 i t. d. lat po operacyi. Zastanawia się wreszcie Kümmel, co począć ze zmienionym moczowodem po wycięciu nerki? Garceau (z Bostonu) zaleca całkowite wycięcie moczowodu. Nie pisze się na to Kümmel, stwierdza bowiem ze statystyk, że śmiertelność (bezpośrednia) po tym zabiegu zwiększa się. Obmyślił przeto galwanokauter, długi a cienki, który na zimno wprowadza do moczowodu (na głębokość 10 ctm.), poczem dopiero rozżarza go i zwęgla błonę śluzową. *Herman.*

H. Oppenheim. **W sprawie** *paralysis myasthenica*. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 29, 1904). Oppenheim, którego nazwisko jest tak ściśle związane z *paralysis myasthenica*, (*myasthenia gravis*), podaje nowy przypadek tej stosunkowo rzadkiej choroby, który z dwóch względów budzi szczególniejsze zajęcie. Pod względem klinicznym na uwagę zasługuje to, iż oprócz opadnięcia obu powiek o typowym, myastenicznym charakterze i oprócz myastenicznej reakcyi elektrycznej w mięśniu naramiennym, nie było u chorego żadnych innych objawów. Przypadki podobne, gdzie porażenie myasteniczne ogranicza się tylko do zewnętrznych mięśni oka, a reakcya myasteniczna istnieje w mięśniach, niedotkniętych zresztą objawami choroby, łatwo mogą być nierozpoznane. Nadto przypadek ten tem się jeszcze odznaczał, iż istniała polydaktylia prawej stopy. Jest to więc znowu jeden z tych przypadków, gdzie myastenia wystąpiła u osobnika, u którego były zmiany rozwojowe (w innych przypadkach tej choroby zauważano rozdwojenie podniebienia, niedokształt korzonków nerwów mózgowych, zdwojenie przewodu Sylwiusza lub środkowego kanału rdzenia). Jeśli się zważy, iż w całym szeregu przypadków znalezione przy sekcyi nacieki w mięśniach Weigert uważa za przerzuty, pochodzące ze złośliwego nowotworu utrzymującej się zbyt długo grasicy, to nasuwa się myśl, iż patogenezy tej choroby wogóle w jakiejś wadzie rozwojowej szukać należy. *Dr. A. Rydel.*

Otto Maas. **O rzadszem rodzinnem cierpieniu nerwowem.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 31, 1904). Autor omawia chorobę, którą spostrzegał u rodzeństwa (brata l. 29 i siostry l. 26). Ojciec ich był nałogowym pijakiem, matka umarła na otępienie starcze. Cierpienie wystąpiło u obojga rodzeństwa w równym wieku (w 13-tym i 12-tym r. życia), rozpoczęło się osłabieniem kończyn dolnych, które wnet rozszerzyło się na kończyny górne, mięśnie grzbietu i twarzy, a w końcu zajęło język i struny głosowe. W miarę wzmagania się tego osłabienia poczęły występować zaniki mięśni obwodowych części kończyn, połączone z drganiem włókienkowem i odczynem zwyrodnienia. Nadto chód był niepewny, istniał lekki bezład ruchów (*ataxia*), zwłaszcza kończyn dolnych i ich sztywność. Odruchy u obojga rodzeństwa wzmożone, odruch Babińskiego istniał, a odruchów brzusznych u siostry brakowało.

Ze względu na objawy kurczowe i wzmożenie odruchów można wyłączyć *atroph. musc. spinalis*, *dystroph. musc.* i neurotyczne postacie zaniku. Ze względu znowu na istnienie tak wybitnych zaników nie można myśleć ani o chorobie Friedreicha, ani o *hérédo-ataxie cérébélleuse* Mariego. Należy zatem te przypadki uważać za nieco odmienną postać stwardnienia powrózków bocznych (*sclerosis lateralis amyotrophica*). *Dr. A. Rydel.*

Dr. Rosenstein. (Z oddziału chir. prof. Israela). **Doświadczenia kliniczne nad dekapsulacyą nerek w chorobie Brighta.** (*Deutsche medicinische Wochen.*, 1904, Nr. 31). Wynalazcą tej operacyi i to przypadkowym jest lekarz amerykański Edebohls. Operując bowiem szereg chorych na nerkę ruchomą, zauważył on, że objawy zapalenia nerki ruchomej znikały, gdy do przyszycia nerki (*nephropexia*) dołączył i dekapsulacyę nerki ruchomej. Ten przypadkowy wynik nasunął mu myśl, czy nie możnaby zapomocą takiego zabiegu leczyć wogóle wszelkie choroby nerek. Rozporządza on 51 przypadkami chorób nerkowych w ten sposób leczonych, w których osiągnął następujące wyniki: 27% śmiertelności, 43% polepszenia zdrowia i 18% wyleczonych. Zachęcony tą statystyką zastosował i Israel tę operacyę w sześciu przypadkach, a wyniki ogłasza właśnie jego asystent. Były to przypadki mniej lub więcej daleko posuniętych zapaleń nerek ze średnią ilością białka około 1‰. Z tych sześciu przypadków umarła jedna chora po operacyi i, jak autor twierdzi, wskutek operacyi, chora bowiem po operacyi dostała napadu mocznicy i wśród niej zginęła. U jednego chorego stan się pogorszył, u dwóch operacya nie wywarła żadnego wpływu, dwóch ma się stosunkowo lepiej; przypadku wyleczenia nie było żadnego. Czas, przez który śledzono przebieg choroby, rozciągał się do 15 miesięcy. (Na oddziele prof. Wiczkowskiego w dwóch przypadkach zapalenia nerek mimo wykonania dekapsulacyi ilość białka w moczu pozostała ta sama. *Przyp. sprawozd.*). Jakże więc wytłómaczyć sobie statystykę Edebohlsa? Otóż R. sądzi, że przypadki wyleczone nie były prawdziwą chorobą Brighta, tylko przewlekłem zapaleniem nerek, wywołanem przez zmianę ich położenia. Edebohls mówi w przypadkach wyleczonych głównie o „jednostronnem“ zapaleniu nerek, a takiego według R. niema. Każda choroba Brigtha wywołana jest przez substancye trujące, znajdujące się w ustroju, a te zawsze działają na obie nerki. Jeżeli z tego punktu widzenia poddamy krytyce statystykę Edebohlsa, to nie miał on także żadnego przypadku wyleczenia. Autor dochodzi nakoniec do następujących trzech wniosków: 1) Dekapsulacya nerek jest przy ciężkiej chorobie Brighta operacyą niebezpieczną. 2) Trwałego wyleczenia nie osiągnięto w żadnym pewnym przypadku choroby Brighta. 3) Natomiast osiągnięto polepszenia. Przedmiotowo stwierdzić można znikanie obrzęków bez zmiany białkomoczu; podmiotowo zaś ustąpiły bole głowy, które przed operacyą chorym ciągle dokuczały. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

P. Reclus. **O miejscowem znieczuleniu zapomocą stowainy.** (*La Presse médicale*, Nr. 55, 1904). Fizyolog Billon w swoich doświadczeniach na zwierzętach doszedł do wniosku, że wykryta przez chemika francuskiego Fourneau'a stowaina jest mniej trująca, aniżeli kokaina. Autor stosował u ludzi ten środek w ciągu 9 miesięcy, przyczem zajmowały go głównie dwa pytania, to jest: 1) czy stowaina silniej znieczula i 2) czy jest mniej trująca, aniżeli kokaina. Odpowiedź na pierwsze pytanie jest trudna, ponieważ wchodzi tu w grę sposób oddziaływania na ból, różny u różnych chorych, a brak nam dotąd przyrządu do oznaczania bolu. Autor rozwiązywał to pytanie w ten sposób, iż u jednego i tego samego chorego przy wycinaniu długiego kawałka żyły, zmienionej żylakowo, wykonywał operacyę, znieczulając połowę pola operacyjnego kokainą, a połowę stowainą, lub też u jednego chorego dwie równoczesne operacye podobne (przepukliny, wodniaki moszen, tłuszczaki, guzy) wykonywał w dwóch różnych znieczuleniach. Wydatność znieczulenia przy użyciu stowainy jest zdaniem R. zupełnie ta sama, co kokainy, nie przyznaje on jej jednak wyższości w tym kierunku nad kokainą, jak to czyni Chaput. Co do toksyczności stowainy, to ta okazała się bezwarunkowo mniejszą, mimo stosowania silniejszych rozczynów. Stowaina odznacza się nadto własnością rozszerzania naczyń w przeciwieństwie do kokainy. Nizka cena stowainy przy wyżej przytoczonych własnościach każe jej wróżyć dobrą przyszłość. *Dr. Blassberg.*

Apolant. **O znikaniu raków u myszy pod wpływem promieni radu.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1904, 31). Ponieważ dotychczas badano dokładnie mikroskopowo zmiany wsteczne, powstające pod wpływem promieni roentgenowskich i radu w rakach, tylko u ludzi, przeto autor podjął szereg doświadczeń na zwierzętach, spodziewając się w ten sposób zbadać dokładniej, czy i w jakim stopniu szybkość znikania nowotworu zależy od siły i czasu naświetlania i czy zwyrodnienie komórek rakowych nastaje pod wpływem naświetlania odrazu, pierwotnie, czy też dopiero pośrednio, pod działaniem bujającej wskutek naświetlania tkanki łącznej podścieliskowej. Wyniki badań autora są wogóle zgodne z wynikami badań na ludziach, gdyż i u zwierząt pod wpływem naświetlania zanikają komórki nabłonkowe raka, a buja tkanka łączna: ale powiodło się autorowi napewno stwierdzić, że zwyrodnienie i zanik komórek rakowych jest pierwotnym, a nie pośrednim skutkiem naświetlania, czego badania na ludziach nie mogły rozstrzygnąć. Natomiast nie powiodło się autorowi określić stosunku siły naświetlania do stopnia zmian histologicznych, który zdaje się nie zależeć od natężenia i trwania naświetlania.

Działanie naświetlania na komórki nabłonkowe raka uważać należy za swoiste tombardziej, że pod wpływem naświetlania zanikają tylko żywe komórki rakowe, natomiast części nowotworu, złożone z komórek już obumarłych, wcale się ani w samoistnym przebiegu raka u myszy, ani pod wpływem naświetlania nie wsysają i nie zmniejszają. Ma to o tyle znaczenie praktyczne, że nowotwory, zawierające dużo części obumarłych, można tylko w ten sposób usunąć, iż się silnem naświetlaniem niszczy skórę, pokrywającą nowotwór, poczem części nekrotyczne łatwiej się oddzielają, a dno owrzodzenia nowotworowego, oczyszczone, w końcu się zabliźnia. Ale większość zwierząt tak silnego naświetlania, jakiego potrzeba do

zniszczenia skóry nad nowotworem, nie znosi i ginie. Nadto promienie radu nie działają daleko wgłąb, autor przestrzega więc przed zbyt wielkiemi nadziejami co do leczenia tym sposobem raków u ludzi. *C.*

H. Curschmann. **O pourazowem zapaleniu opon mózgowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 29, 1904). Opisano znaczną liczbę przypadków gruźliczego zapalenia opon, w których uraz w głowę, zdaje się, był bezpośrednią przyczyną sprawy zapalnej. C. podaje znacznie rzadszy przypadek zapalenia opon pourazowego, które rozwinęło się na podstawie prątków grypy. W tym przypadku urazem był upadek na potylicę i grzbiet, po którym nastąpiła bezpośrednio utrata przytomności, później bole głowy i wymioty. Po dwóch dniach typowa influenza. W 5 do 8 dni później wystąpiły objawy zapalenia opon częścią mózgowych, częścią rdzeniowych: silne bole głowy i karku, sztywność kręgosłupa bez sztywności karku, osłabienie nóg, objaw Kerniga, dermografia i przeczulica kończyn dolnych, jako też bole w zakresie nerwu kulszowego. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał znaczną ilość leukocytów i prątków, które według wszelkiego prawdopodobieństwa należało uważać za Pfeiferowskie. Hodowli nie robiono. *Dr. A. Rydel.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dymal [*didymium salicylicum* Di_2 (C_6H_4 OH.COO)], wytwór uboczny przy wyrobie siatek Auerowskich, jest bladoróżowym proszkiem bez woni i smaku, stosowanym z wielkiem powodzeniem w odparzeniach (*intertrigo*). [*Centralbl. für Kinderheilk.*, 1904, Nr. 5]. *Adz.*

Dr. Walther Kaupe. **Doświadczenia co do „maretyny", nowego środka przeciwgorączkowego w gruźlicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27). Autor stosował maretynę w przypadkach gruźlicy z wysoką gorączką i częstymi potami. Zawsze ciepłota spadała do poziomu prawidłowego, a nawet poniżej, do 36°. W przypadkach, w których inne środki przeciwgorączkowe nie działały wcale, maretyna obniżała zawsze ciepłotę. Chorzy znosili środek ten bardzo dobrze, czuli się lepiej. Niektórzy tylko skarżyli się na silniejsze poty. Najlepiej stosować maretynę w dawce 0,5 grm. Dawki mniejsze działają o wiele słabiej.

Dr. Selzer (Lwów).

Bioferyna jest przetworem hemoglobiny, wytworzonym według wskazówek prof. Siegerta przez prof. Cloettę, a wyrabianym na większą skalę przez fabrykę Kalle & Co. Prof. Siegert (*Münch. med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 27) szukając środka żelazistego, stosownego dla niedokrwerwych, sztucznie karmionych osesków, doszedł do wniosku, że odpowiednimi są tylko przetwory hemoglobiny i używał początkowo hematogenu. Lek ten jednak z powodu dodatku wina rodzynkowego łatwo się rozkłada, zawiera zresztą dużo bakteryi. Bioferyna niema natomiast tych ujemnych stron; z bakteryi zawiera tylko prątki sienne; odznacza się przyjemnym smakiem i zapachem. Dawka jej wynosi: u osesków po 5 grm., u starszych dzieci po 10—15 grm., u dorosłych po 15—30 grm. 1—2 razy dziennie, w wodzie lub mleku, albo i bez rozcieńczenia. Wskazana jest u sztucznie mlekiem żywionych osesków od 10 m. życia, u krzywiczych, zołzowatych i niedokrwenych. Siegert uzyskiwał, podając ten lek, po 2—3 tygodniach wybitne zwiększenie się hemoglobiny, poprawę łaknienia i stanu ogólnego. *Akl.*

O leczeniu łuszczki (*keratitis pannosa*) **jequirytolem.** (*Medicinische Zeitschrift*, Tokio, 1904). Hirota, okulista w Tokio, donosi o spostrzeżeniach, które zebrał, lecząc łuszczkę jagliczą jequirytolem. Po użyciu tego leku powieki ulegają obrzmieniu, spojówki pokrywają się delikatnemi błonkami; pojawia się światłowstręt, łzawienie i bolesność, nadto nastrzykanie okołorogówkowe, a niekiedy nawet wyraźny naciek rogówki. Należy spokojnie czekać końca tego typowego zapalenia. Zwykle wkrótce znikają wszystkie objawy. Jeżeli zapalenie jest za gwałtowne, zakrapla się surowicę jequirytolową kilka razy do spojówki, poczem zapalenie już następnego dnia szybko zaczyna się zmniejszać. W 7 przypadkach łuszczki jagliczej osiągnął H. prawie wyłącznie zapomocą jequirytolu zupełne wyjaśnienie się zaćmienia rogówkowego. Bystrość wzroku przed leczeniem była najczęściej tak mała, że chorych musiano przyprowadzać do leczenia. Wskutek leczenia jequirytolem poprawiała się bystrość wzroku w krótkim czasie; przy leczeniu zwykłymi środkami nie poprawiała się wcale. Już po pierwszem zapaleniu zmniejszało się znacznie zaćmienie, a po cztero- do sześciorazowem powtórzeniu odczynu mogli chorzy, przedtem mało co widzący, rozpocząć pracę zawodową. *Baschkopf*

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

II. Zdroje mineralne.

Zdrój główny, dawniej zwany zdrojem Heleny, jest osią, około której od całego wieku obraca się wielkie przedsiębiorstwo zdrojowo-kąpielowe, w które włożono około, a może przeszło trzy miliony zlr. Jest ono ogniskiem, do którego zbiega się rocznie około 7000 chorych ze wszystkich stron Polski z nadzieją, a niemal pewnością, że tutaj odzyskają zdrowie; wiozą oni ze sobą pieniądze, aby za zdrowie dobrze zapłacić. I cóż znajdują? Prawda, że zdrój potężny z hukiem i szumem kłębuje się w głębi ziemi, rozpryskuje w koło perły, w które naród wierzy, że w tych perłach tkwi zdrowie. Natura zdroju jest potężna, ale ręka ludzka, która czerpie zeń skarby, działa nań ciągle szkodliwie: spiętrzyła słup wody do 150 ctm., aby ona nie mogła swobodnie odpływać, odprowadzać szybko zewnętrzne szkodliwości, ale musi zatrzymywać się i wysokim słupem ciśnie na głębsze warstwy. Hydrotechnika twierdzi, że to złe, że to zmniejsza wydatność zdroju, że zdrój nawet pod takiem ciśnieniem zginąć może, że może on się przedrzeć tam, gdzie znajdzie słabsze opory, jak tutaj: szutrowiska. Ale się o to nie troszczono, bo takiej wysokości potrzeba było do budowy łazienek, zatem wysokość zdroju musiała się do nich zastosować, a nie przeciwnie. Następnie w miarę wzrostu zdrojowiska okazała się potrzeba większego budynku przy zdroju, gdzieby mogła liczna publiczność korzystać z przechadzki w czasie deszczu. Otóż podniesiono budynek znacznie ponad poziom terenu, a w ten sposób zdrój zagłębił się tak, że obecnie jest 2 metry poniżej podłogi chodnika krytego, a pył, błoto, kurz z całej podłogi, jako też z sąsiednich dróg i placów w czasie wiatru swobodnie spływa do zdroju, bo ten niczem nie jest przykryty. Nadto wodę czerpie się szklankami, dzbankami: czy należycie czystemi, w to wątpić można; ale w to wątpić nie można, że to wszystko uznaje się widać pod względem sanitarnym i higienicznym za zupełnie dobre, bo się nic nie myśli, ani nie projektuje, aby coś zmienić należało. Wprawdzie były zarządca Krynicy, A. Mravincsics, który zwiedzał zdrojowiska Europy, badał urządzenia i postępy całego przedsiębiorstwa zdrojowo-kąpielowego wogóle, a w szczególności urządzenia samych zdrojów, pragnął przed paru laty te postępy zastosować w Krynicy. Głos jego jednak, jako głos urzędnika podwładnego, nie znalazł uznania, ani poparcia, bo w tych sprawach mogą rozstrzygać i czynić wnioski tylko wyższe władze, te zaś wcale o tem nie myślą — zadowalają się, że plany mają w tekach.

A jednak projekt A. Mravincsicsa był dobry, zapobiegał wszystkim dotychczasowym błędom, stał na wysokości zarówno nauki higieny, jak balneotechniki, nadto zapobiegał niebezpieczeństwu, jakie grozi zdrojowi głównemu. Zamierzał on przedewszystkiem gruntownie zbadać wydajność zdroju, zbadać, czy nie należałoby zmienić osadzenia cembrzyny, następnie dokonać gruntownych badań, czy i o ile zwiększy się wydajność zdroju przez obniżenie zwierciadła wody, a po tem wszystkiem poddać wodę nowemu rozbiorowi chemicznemu, gdyż druk ostatniego rozbioru pochodzi z r. 1858. Urządzenie zaś samego zdroju miało polegać na

tem, aby go przykryć szczelnie taflą szklaną, a granitową cembrzynę odsłonić głęboko, zaledwie 30—50 ctm. powyżej dna źródła, do cembrzyny poniżej źwierciadła wody powkręcać krany, którymiby się czerpało wodę do picia i do flaszek. Spód i boki tego obejścia wokoło cembrzyny miano ująć w oprawę czyto granitową, czy też betonową.

Ten projekt nietylko był dobry, ale koniecznie należało go wykonać, a to tem więcej, że od dłuższego czasu wśród obywateli Krynicy panuje obawa, że ich mienie jest mocno zagrożone i zagrożonym jest byt Krynicy jako zdrojowiska, gdyż zdrój zanika i to szybko, jakby to wynikało z następujących pomiarów:

1858 Aleksandrowicz: zdrój wydaje na minutę 128·4 litra
1898 Dr. Kopff (pomiary Ziehy?) zdrój wydaje na minutę . . . . 53·0 „
1903 miano znaleźć, że zdrój wydaje na minutę 46·0 „
1904 Inżynier Felkel i kom. A. Grabowski: zdrój wydaje na minutę . . . . 37·0 „

Czy można temu uwierzyć, aby jakikolwiek właściciel zdrojowiska bezczynnie patrzał na tak wielkie niebezpieczeństwo i literalnie nic nie robił, a nawet nie pomyślał o tem, aby wyjaśnić, czy to niebezpieczeństwo jest istotnie tak wielkie, jak z tego zestawienia się przedstawia.

Zarówno nazwisko budowniczego Księżarskiego, który dokonywał tych pomiarów w r. 1857, jak nazwisko chemika Aleksandrowicza, który je wydrukował, zanadto są poważane i cenione, aby bezpodstawnie powątpiewać w ich badania. Jednak wszystko jest możebnem i należy dociekać prawdy, a tę nam wskazać może przeszłość, czasy, gdy ręka ludzka mniej pogrążała zdrój pod poziom ziemi.

Otóż Hacquet w r. 1788—1795 opisuje, że „znalazł źródło z cembrzyną drewnianą wielkości sążnia kwadratowego, wypływające z szarego piaskowca, tak silne, że wydaje więcej niż $1^1/_2$ funta wody na sekundę“. Według tego opisu licząc $1^1/_2$ funta = 0·75 kilo czyli litra na sekundę, to na minutę wypada 45 litrów.

W r. 1807 Prof. Dr. Schultes, który z polecenia rządu dokonał rozbioru chemicznego, opisuje dwa źródła: „jedno przeznaczone do kąpieli, a drugie do picia. Woda obu tych zdrojów wytryskuje wśród ciągłego szumu, jest jasna i przejrzysta, jak kryształ, zarówno w obu czaszach, jako też kanałach, którymi płynie do zbiorników na użytek kąpielowy“. Dalej znajdujemy: „Chcieliśmy oznaczyć ilość wypływającej wody w jednej godzinie, lecz kanały, którymi woda odpływa z obu zdrojów, łączą się pod ziemią i dlatego uczynić się to nie dało“.

Najwięcej pouczające w tym kierunku szczegóły znajdujemy w pracy Dra Stirba de Stirbitz: „Opisanie źródeł mineralnych w Krynicy“, wydanej we Lwowie 1816. Badał on dwa źródła: główne i poboczne czyli źródło Karola. „Dnia 14 września 1815 przedsięwziąłem wymiar obu źródeł i studni. Głębokość źródła głównego od dna aż do odchodu wynosi $16^1/_2$ cali. Dyameter powierzchni wody 3 stopy 9 cali: i t. d. „Głębokość źródła pobocznego (Karola) wynosi od dna aż do odchodu 26 cali. Dyameter powierzchni wody 4 stóp 9 cali“. Wyczerpawszy oba te źródła aż do dna, podał dokładnie, w jakim czasie ile wody przybywało, czyli o ile podnosił się słup wody. Przeliczyłem te dane na miarę metryczną i obliczyłem objętość napłyniętej wody, jaka była, jeśli cembrzyna była okrągła, a jaka, jeśli cembrzyna była kwadratowa, gdyż tego, jaka była cembrzyna, nie zdołałem odszukać.

Z tego doświadczenia, wykonanego przed 90 laty, pouczającem jest zjawisko, jak znacznie zmniejsza się dopływ wody w miarę podnoszenia się jej słupa. Przytem okazuje

Przypływ wody po jej wyczerpaniu w r. 1815.

W zdroju Głównym				W zdroju Karola			
		Cembrzyna				Cembrzyna	
		okrągła	kwadratowa			okrągła	kwadratowa
minut	cm.	cm.³	cm.³	minut	cm.	cm.³	cm.³
2	10·5	115.960	148.690	3	10·5	185 800	236.250
2	10·5	115 960	148.690	3	10·5	185.800	236.250
2	13·2	144.950	186.923	3	10·5	185.800	236.250
2	13·2	144.950	186 923	3	7·9	139 350	177.750
2	9·8	108.712	138.777	3	7·9	139.350	177.750
2	7·2	79.722	101.959	3	7·2	129.737	162.000
$1^1/_2$	5·2	57.980	73.637	3	5·3	92.900	119.250
				3	4·7	81.287	105.750
				2	3·9	69 675	87.750
$13^1/_2$	69·6	768.234	986 599	26	68·5	1.207.499	1.539.000
średnio w 1 minucie		56.906	73.081			46.442	59 192

się, że w najkorzystniejszych warunkach zdrój główny wydawał znacznie mniej wody, niż to obliczył Księżarski, a podał Aleksandrowicz, gdyż w pierwszych 4 minutach napływ wody nawet w cembrzynie kwadratowej wynosiłby na minutę 74.390 cm.³, a w następnych 4 minutach wynosiłby 83.361 cm.³ na minutę. A zatem, jeżeli teraz zestawimy wszystkie dotychczas robione spostrzeżenia co do wydajności zdroju głównego na minutę, to one tak się przedstawią:

W r. 1788 Hacquet . . . . . . 45.000 cm.³
„ „ 1815 Dr. Stirba . . . 83.900—56.906 „
„ „ 1857 Aleksandrowicz-Księżarski . 128.400 „
„ „ 1891 Dr. Kopff (Zieha?) . . . 52.000 „
„ „ 1903 ? . . . . 49.000 „
„ „ 1904 Felkel i Grabowski . . . 37.000 „

Obliczenie wydajności zdroju głównego, podane przez Aleksandrowicza, tak bardzo się różni od obliczeń poprzednich i następnych w ciągu całego stulecia, że najprawdopodobniej jest ono błędne, zbyt wysokie. Z drugiej jednak strony nie godzi się lekceważyć tej sprawy, ale należy ją szybko, a gruntownie zbadać, gdyż od roku 1891 do roku 1904 dokonywane pomiary wykazują stałe obniżanie się wydajności zdroju z 52 na 37 litrów na minutę.

* * *

Zdrój Słotwiński rozbierał chemicznie Prof Dr. Stopczański w r. 1868. Jestto szczawa magnezyowo-sodowo-żelazista, której używa się do picia niemal w takiej samej ilości, jak wody ze zdroju głównego, a ponieważ to źródło jest oddalone blizko 2 klm., dlatego po całych dniach dowożą tę wodę i z flaszek podaje się ją do picia. Urządzenie tego źródła, napełnianie flaszek i sam dowóz nie mają nic wspólnego z kulturą i cywilizacyą XX wieku. A jednak to woda lecznicza doskonała, a wydajność zdroju jest dosyć znaczna; niema wszakże w tym kierunku żadnych badań gruntownych. Ta prymitywna dostawa wody we flaszkach jest dosyć kosztowna i tym wydatkiem niewątpliwie pokryłoby się odsetki od kapitału, wydanego na rurociąg, który

obliczono na 8000 złr., a wtedy duży zapas wody przypadłby bezpłatnie w łazienkach na kąpiele.

Zdrój Józefa, przedtem Dudzika I, w roku 1899 ujęto cembrzyną, przeprowadzono rurami do łazienek na I piętro i tam urządzono 7 wanien. Wodę tę podobno rozbierał chemicznie Doc. Dr. Lemberger, ale tego rozbioru nie wydrukowano i nie położono paru metrów rury wodociągowej do chodnika krytego, aby tę wodę oddać chorym do picia. A jednak szkoda, bo już w r. 1884 Prof. Dr. K. Olszewski zwracał uwagę na ten zdrój, jako szczawę, najwięcej obfitującą w żelazo, a posiadającą bardzo mało składników stałych.

Źródło pomocnicze; tej nazwy dawniej nie słyszałem, a tylko domyślać się mogę, że to jest źródło w dziedzińcu łaziebnym, którego wody używa się do zasilania kąpieli mineralnych, a które miało utartą nazwę „Dobrodzieja". Tej wody używa się do celów leczniczych, do kąpieli, ale jaki jest skład chemiczny tej wody, jaka wydajność zdroju, tego nie wiemy na pewno, bo nieogłoszono drukiem. Podobno wodę tę rozbierał Dietrich, ale tego rozbioru nieogłosił.

Zdrojem Jana ma się nazywać źródełko szczawy tuż poza zakładem wodoleczniczym; nawet ujęto je w studzienkę betonową i osłonięto skromną, ale wcale ładną altanką. Jaki zaś jest skład tej wody, tego nikt nie wie, chociaż dużo osób ją pije.

Tak się przedstawia troskliwość rządu, czyli właściciela, o zdroje krynickie; pozwala się on wyręczać ludziom nauki, którzy dla miłości swego kraju przedsiębiorą prace bardzo poważne i doniosłe, a wyniki wieloletnich dociekań i badań drukują w rocznikach Akademii Umiejętności w Krakowie. Prof. Dr. Karol Olszewski w r. 1878 niemal przez całe lato bawił w Krynicy wraz ze swym asystentem Dr. K. J. Krzyżanowskim. Wykonali oni na miejscu szeregi badań, które potem dalej prowadzili w pracowniach chemicznych w Krakowie. Owocem tych prac jest 1) Rozbiór chemiczny wód mineralnych z 16 zdrojów, dotąd niebadanych, znajdujących się w Krynicy, Jastrzębiku, Słotwinie, Szczawniku i Muszynie przez Dr. K. Olszewskiego. Kraków 1881. 2) Rozbiór chemiczny borowiny i wody dwu źródeł w okolicy Tylicza przez Dr. K. J. Krzyżanowskiego. 3) Trzecią pracę naukową prowadził przez szereg lat Prof. Dr. W. Szajnocha i w roku 1891 wydał mapę geologiczną w skali 1:75000, w której w szerokich ramach ujęte są wszystkie nadmienione zdroje. Te trzy prace są jedyną naukową podstawą do wszystkiego, co się mówi, pisze lub projektuje w Krynicy.

W Krynicy i w Słotwinach rozebrał Prof. Dr. Olszewski 12 źródeł, których główne składniki tutaj zestawiam, podając także dla porównania zdrój Główny i zdrój Słotwiński.

Krynica zatem posiada wielką obfitość szczaw o rozmaitych kombinacyach soli sodowych, wapniowych, magnowych i żelazawych, o rozmaitej ilości składników stałych i wolnego bezwodnika węglowego, czyli jestto bogaty skarbiec środków leczniczych dla chorych, przybywających do Krynicy; osobliwie wyróżnia się obfitością węglanu sodowego zdrój Słotwiński II i Słotwiński III. Ale niestety te skarby pozostały nietknięte ręką ludzką, marnieją dla ludzkości i nie przynoszą dochodów, jakieby w interesie zdrojowiska i kraju przynosić mogły i powinny.

Zdroje Krynicy i Słotwin.

	Główny	Słotwiński	Józefa (Dudzika I.)	Dudzika II	Sidora	Oleśniewicza	Pelawy	Huśniaka	Nitribitta	W czerwonym potoku	W czarnym potoku	Za cerkwią	Słotwiński II.	Słotwiński III.
Węglan sodowy .	0·195	0·571	0·024	0 144	0 242	0 021	0·018	0 083	0·060	0·091	0·012	0 036	1·917	0·968
„ wapniowy	1 388	0·534	0·440	0 623	0·465	0·689	0·707	0·965	0·915	0 804	0·358	0 370	0·405	0·388
„ magnowy	0 099	0·730	0 095	0·518	0·488	0 101	0·106	0·182	0·249	0 153	0 097	0·105	0·447	0·281
„ żelazawy	0·028	0·017	0·028	0·012	0·011	0·025	0·033	0·008	0·016	0·013	0·019	0·019	?	0·010
Składniki stałe .	1·861	1·907	0 630	1·363	1·245	0·881	0·911	1·267	1.269	1·091	0·521	0 565	2·859	1·697
Wolny kwas węglowy . . .	2·450	1·957	?	1·908	1·436	?	1·759	?	0·733	1·299	?	?	?	?

(C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 września.

Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, Dr. August Kwaśnicki, powrócił do Krakowa i objął swoje czynności.

* Zorganizowaniem kursów lekarskich zajęło się w Paryżu osobne Towarzystwo: „Association d'enseignement médical professionel". Kursa odbywać się będą corocznie dwa razy: w 2 ostatnich tygodniach września i w czasie feryi wielkanocnych. Za kurs jednego przedmiotu (8—10 wykładów) opłaca się 20 fr. Wyjaśnień udziela i wpisy przyjmuje p. Marchais, aux Societés Savantes, rue Serpente.

* Od 2 do 14 sierpnia doniesiono władzy o durze osutkowym w następujących powiatach Galicyi: Buczacz (2 gm.), Dobromil, Drohobycz, Horodenka, Husiatyn, Kałusz, Kamionka, Lwów, Myślenice, Trembowla (po 1 gm.), Rawa (6 gm.), Skałat, Stryj, Tarnopol i Żółkiew (po 2 gm.), Turka i Zaleszczyki (po 3 gm.), Złoczów (5 gm.).

* Towarzystwo laryngologiczne niemieckie, obejmujące oprócz Niemiec także Austryę i Szwajcaryę, zawiązało się we Frankfurcie n. M. Pierwszy zjazd Towarzystwa odbędzie się w Heidelbergu.

* Za wzorem Anglii i Szwajcaryi powołano obecnie w Wirtembergii jednego lekarza do inspektoratu przemysłowego.

* W Monachium powstało »Towarzystwo zwalczania pyłu na ulicach«. Cel swój zamierza Towarzystwo osiągnąć przez starania u władz, agitacyę ustną i dziennikarską, wreszcie przez doświadczenia co do najlepszych sposobów zwalczania pyłu ulicznego.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Jakubowicz z Petersburga mianowany profesorem pedyatryi w Odessie, Prof. Krönig z Jeny dyrektorem kliniki ginekologicznej we Fryburgu w B., Doc. Stoeltzner z Berlina profesorem pedyatryi w Halle. Tytuł profesorów otrzymali docenci Scheven i Ehrich w Rostocku, Dr. Salzwedel w Berlinie.

Nekrologia. W Paryżu zmarł w 59 r. ż. Dr. Władysław Ksawery Paweł Górecki, kawaler legii honorowej, b. prezes Towarzystwa oftalmologicznego paryskiego. Zmarły uczestniczył jako lekarz armii francuskiej w wojnie 1870 roku; doktoryzował się w r. 1872 na podstawie pracy p. t. »Indications et emploi des verres en ophtalmologie«. Długi czas redagował pismo »Praticien«. Oprócz rozpraw specyalnych wydał w r. 1877/8 wspólnie z Dr. Decaisne »Dictionnaire élémentaire de médecine«, a w r. 1881 z Dr. Witkowskim: »Médecine litteraire et anecdotique«.—W Genewie zmarł prof. anatomii patologicznej, Fryderyk Zahn; w Gargellen chirurg Prof. Landerer, znany z zastosowania kwasu cynamonowego w gruźlicy, w Wiedniu prof. medycyny wewnętrznej i epidemiologii, Drasche, pisarz bardzo płodny, w 78 r. ż.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Greliński: Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza. Żenczykowski: Sprawozdanie z gruźlicy kiszek u młodzieży w Domu Zdrowia Towarzystwa „Pomoc Bratnia" w Zakopanem.

— *Medycyna* Nr. 34. Bitny-Szlachto: Przyczynek do badań nad lipazą. Bornstein: Asthenia paroxysmalis (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 16. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (Sierpień): Bednarski: O zmianach anatomiczno-patologicznych więzadła Zinna. Bier: O metodach fotometryi, stosowanych w higienie wzroku (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7—8. Wachsmann: Leczenie zębów z miazgą zranioną lub przypaloną arszenikiem. Żiżka: Stosunek chorób zębów do gruczołów chłonnych podżuchwowych.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 10. Cercha: O borowinie i kąpielach borowinowych krynickich. Tchórznicki: W Szwajcaryi polskiej.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 34. Prettner: O získání a účinnosti léčivého séra proti plicní nákaze prasat a moru vepřového. Návrat: O samovraždě (c. d.). Novák: Obrtelův ferrisacharid. Černičky: O chorobách sdělových, léčených ve Vinohradsko-Žižkovské nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Icard: Niebezpieczeństwo śmierci pozornej. Gros: Czy w Algieryi istnieje „febris biliosa haemoglobinurica".

Nr. 67. Sanarelli: Febra żółta w świetle najnowszych badań. Aubertin i Beaujard: Działanie X-promieni na krew białaczkową.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Talma: Chirurgiczne utorowanie nowych dróg obocznych dla krwi żyły wrotnej. Alexander: Folliclis i erythema induratum Bazin. Einhorn: Sztuka dowolnego zwiększania i obniżania ciężaru ciała. Köhler: Ważne spostrzeżenie przy roentgenowaniu postrzału śrutem w oko. Mann: Badania elektrodyagnostyczne zapomocą wyładowań kondensatorów.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34. Ganghofner i Langer: O wessaniu rodzimych ciał białkowatych w przewodzie pokarmowym nowonarodzonych zwierząt i osesków. Fischer: Wrota zakażenia gruźliczego. Wolff: O istocie gruźlicy na podstawie nowszych badań i doświadczenia klinicznego. Dietrich: Doświadczenia w sprawie zwyrodnienia tłuszczowego. Starck: Doświadczenia w sprawie ruchowej czynności n. błędnego. Oswald: Prosty, nadający się do badań klinicznych sposób odróżnienia jakościowego różnych ciał białkowatych w moczu. Erne: Paratyphus. Korach: Kazuistyka rumienia po mesotanie. Bayerl: 2 przypadki uszkodzeń cielesnych, zajmujące pod względem sądowolekarskim i chirurgicznym. Strauss: Nowa strzykawka sprężynowa etc. Beck: Międzynarodowy Zjazd w St. Louis.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Frank: Zmiany kręgów w wiądzie rdzenia. Réthi: Doszczętna operacya otoku jam szczękowych od strony nosa. Graf: Dwa przypadki bąblowca z rzadkiem usadowieniem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Riedel: Usunięcie moczanów i torebki stawowej z dotkniętego dną stawu palcowego stopy. Wiesinger: Dwa przypadki ostrego zapalenia trzustki z rozsianą martwicą tkanki tłuszczowej, wyleczone po laparotomii. Borrmann: W sprawie samowyleczenia się raka. Ebstein: Hetralina, nowy środek wewnętrzny, odkażający mocz. Brüning: Zakaźna żółtaczka z gorączką (choroba Weila) u dzieci, zarazem przyczynek do sprawy chorobotwórczości *bacillus proteus fluorescens*. Gernsheim: Uwagi do pracy Dr. Köppego p. t. »Doświadczenia z konserwą mleczną jako pożywieniem dla osesków«.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Siedmioletnie sprawozdanie szpitala powszechnego w Białej. Kraków 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 34 (od 21/VIII do 27/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 52, dz. 18; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 21; zamiejscowych: męż. 10, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 9. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 9, ob. 3. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. 2. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 6, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 33, obcych 23.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 7 września 1904, o godzinie 6-tej wieczór *w sali wykładowej prof. Szajnochy* (Collegium physicum) nadzwyczajne posiedzenie *w ważnych* sprawach administracyjnych. W myśl postanowień statutu posiedzenie odbędzie się bez względu na komplet.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**